GAZETTE MÉDICALE

DE PARIS

82e ANNÉE

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

(Ancienne GAZETTE DE SANTÉ)

JOURNAL HEBDOMADAIRE FONDÉ EN 1830

Paraissant tous les Mercredis

DIRECTEUR : **Docteur LUCIEN-GRAUX**

LAURÉAT DE L'INSTITUT



ANNÉE 1911



HOTEL DE LA GAZETTE

9, Rue Denis-Poisson, 9, PARIS

TÉLÉPHONE 573.40

82e Année (Série XIIIe) — N° 75 | Le Numéro : 25 Centimes | Mercredi 4 Janvier 1911

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

Abonnements et Vente au Numéro
Librairie Médicale J. ROUSSET
1, Rue Casimir-Delavigne
PARIS

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale......... 15 fr.
Edition Espagnole .... 10 fr.
Edition Portugaise.... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

DIRECTION & RÉDACTION
11 bis, Rue Villebois-Mareuil, PARIS
DIRECTEUR :
Dr LUCIEN GRAUX
- Lauréat de l'Institut -
Ancienne *Gazette de Santé*
(139e Année)
Hors concours, Membre du Jury
Exposition franco-britannique 1908
Vice-Prés. Expos. Bruxelles Cl. 16

ÉCHOS

Nos vœux.

La *Gazette Médicale de Paris* adresse ses meilleurs vœux à ses lecteurs. Elle réalise cette année un nouvel effort en redevenant hebdomadaire. Elle paraitra désormais tous les mercredis. Elle s'efforcera d'être encore plus intéressante et plus utile et d'améliorer ses trois éditions française, espagnole et portugaise. Elle compte pour cela sur l'aide de ses fidèles lecteurs pour faire de la propagande autour d'eux et recueillir de nouveaux et nombreux abonnements.

Le ruban rouge.

Sont nommés officiers de la Légion d'honneur:

Le Dr Fiquet, médecin du ministère de l'Intérieur; le Dr Pierre Delbet, chirurgien des hôpitaux de Paris; le Dr. Labadie-Lagrave, médecin des hôpitaux de Paris; le Dr Moure, médecin à Bordeaux; Chevalier, médecin général de 2e classe de la marine.

Sont nommés chevaliers de la Légion d'honneur:

Faure, directeur de l'hôpital Lariboisière; Oudin, médecin à Paris; Magnin, médecin à Paris; Siredey, médecin des hôpitaux de Paris; le Dr Peyrot, médecin à Néris-les-Bains; le Dr Léornardon-Laperveche; médecin à Ribérac; le Dr Blanc, chirurgien des hôpitaux de Saint-Etienne; Ovion, médecin à Boulogne sur-Mer; le Dr Anger, maire de Bolbec (Seine-Inférieure); Panc, médecin de 2e classe de la marine; Thomas, docteur en médecine à Ranpan (Puy-de-Dôme); Feuillet, docteur en médecine à Villefagnan (Charente); Dr Lolligeois, ancien médecin du bureau de bienfaisance et des écoles du 2e arrondissement de Paris; Dr Soulier, professeur honoraire de la Faculté de médecine de Lyon.

Nos amis.

De nombreuses récompenses ont été décernées à nos amis par l'Académie de médecine.

Citons le prix Barbier et le prix Cirrieux au docteur Marie, de Villejuif; des mentions sur le prix Godard aux docteurs Fiessinger et René Gaultier; le prix Huguier au docteur Mercadé; le prix Louis au docteur P.-E. Weil; le prix Magetot au docteur Cruet; le prix Perron au docteur Noel Fiessinger; une mention sur ce prix au docteur Gerandel et une mention sur le prix Vernois à notre ami Marcel Bernard, secrétaire général de la préfecture de Seine-et-Marne. Félicitons aussi notre ami le docteur Victor Gardette nommé chevalier du Mérite agricole.

ÉCHOS

Le ruban rouge dans l'armée

Est promu commandeur de la Légion d'honneur : le médecin-inspecteur Antony.

Sont nommés officiers :

Les médecins principaux Géraud, dir. du service de santé du 13e corps ; Hassler, hospice mixte de Besançon ; Richard, 4e corps ; Salle, camp de Châlons ; Melnotte, hospice mixte de Saint-Etienne ; Jégon, pharmacien principal 1re cl., pharmacie centrale du service de santé ; l'off. d'adm. Provent, gestionnaire magasin central du service de santé.

Sont nommés chevaliers :

Les médecins-majors : Althoffer, div. d'Alger ; Boucabeille, 50e infanterie ; Chambaud, Amiens ; Chevron, 149e inf. ; Faivre, 82e inf. ; Faure, 62e inf. ; Huot, 15e art. ; Marre, 72e inf. ; Marotte, hôpital militaire d'Oran ; Martin, 121e inf. ; Ramally, 56e inf. ; Saint-Paul, sect. technique du service de santé ; Duhaut, 48e art. ; Foley, disposition du gouvern. général de l'Algérie ; Genod, 75e inf. ; Mangenot, 17e chass. à chev. ; Ray, 4e art. ; Vigerie, 64e inf. ; Froment, pharmacien-major de 2e cl. hôpitaux militaire de la div. d'Oran. Les officiers d'administration : Benoit, dir. du service de santé du 11e corps ; Briole, dir. du service de santé du 2e corps ; Ferrat Martin dit Bertrand, hôpital militaire de Toul ; Girardot, hôpitaux militaires de la div. de Constantine ; Hauvuy, direction du serv. de santé de la div. d'occupation de Tunisie ; Lartigue, magasin central du service de santé ; Le Gougues, hôpitaux de la div. d'occup. de Tunisie ; Triolet, hôpital mil. de Toul ; Désécures, hôpitaux mil. de la div. d'Alger.

Au titre de réserve :

Sont nommés officiers :

Yvert, 8e région ; Charrier, 20e ; Robert, 7e.

Sont nommés chevaliers :

Les médecins-majors de Bérine, 2e région ; Jacquelin, 7e région ; Létard, 5e région ; Bonnafé, 19e région ; Crozes, 19e région ; Mercier, 19e région ; Segrestan, 17e région ; Ceccaldi, 4e région ; Gros-Perrin, 7e région ; Pauvert, 5e région ; Sauvage, 11e région.

Les Vœux du Congrès des Praticiens

Les délégués du Comité de vigilance du Congrès des praticiens ont été reçus hier matin par le ministre de l'Instruction publique, et lui ont remis l'ordre du jour suivant, voté par le Comité de vigilance :

« Le Comité de vigilance estime que la somme de 2 millions demandée actuellement aux Chambres ne pourra être employée utilement que lorsque les réformes réclamées par le Congrès des praticiens auront été appliquées ; sollicite des pouvoirs publics, *avant l'attribution des crédits demandés*, l'étude et l'application de ces réformes ; et prie le ministre de l'Instruction publique de nommer la Commission réclamée par le Corps médical, et comprenant par parties égales des professeurs et des praticiens, pour réorganiser sérieusement l'enseignement médical ».

Les délégués ont ensuite demandé la réunion de la Commission de professeurs et de praticiens, réclamée depuis des années pour la réforme de l'enseignement médical.

Le ministre a paru favorable à la réunion de cette Commission qui amènerait enfin l'apaisement dans nos facultés de médecine.

Un legs.

Le docteur Huchard lègue à l'Académie de médecine une somme de cent mille francs pour la fondation d'un prix annuel que devra décerner cette Compagnie. La dénomination exacte du prix sera la suivante : « Prix Henri Huchard, de l'Académie de médecine. — Prix du dévouement médical, en souvenir de Marcelle Huchard ».

A la Faculté.

Sont nommés, pour l'année scolaire 1910-1911, chefs de travaux et de laboratoires :

I. *Travaux pratiques.* — Physiologie. — M. Garrelon, docteur en médecine, chef-adjoint (en remplacement de M. J. Camus, appelé à d'autres fonctions).

II. *Laboratoires de recherches et d'enseignement.* — Clinique médicale (Hôtel-Dieu). — MM. Deval, pharmacien de première classe, chef du laboratoire de chimie (en remplacement de M. Nathan, dont les fonctions sont expirées) ; Villaret, docteur en médecine, chef du laboratoire d'anatomie pathologique (en remplacement de M. Sézary, dont les fonctions sont expirées).

Maladies des voies urinaires (Necker). — MM. Ambard, docteur en médecine, chef (section de chimie) ; Braun, docteur en médecine, chef (section d'histologie) (en remplacement de M. Guillaume, dont les fonctions sont expirées).

Clinique thérapeutique (Beaujon). — M. Bournigault, chef.

Physiologie. — M. Camus (Jean), agrégé, chef-adjoint (en remplacement de M. Busquet, appelé à d'autres fonctions).

Mutations dans les hôpitaux.

Passent à l'Hôtel-Dieu : MM. Roger, Caussade, Dalché.

A la Charité : MM. Bezançon, Sergent, M. Labbé.
A Beaujon : M. Faisans.
A Lariboisière : M. Morel-Lavallée.
A Broussais : M. Bergé.
A Saint-Louis (enfants) : M. Jules Renaut.
A la Salpêtrière : M. Pierre Marie.
A Laennec (tuberculeux) : MM. L. Bernard, Rist.
Au Bastion 29 : M. Lesné.
A Bicêtre : M. Souques.
A la Pitié : M. Josué.
A Tenon : MM. Carnot, Laffitte.
A Ivry : M. Griffon.
A Andral : M. Sicard.
A la Maison Dubois : M. Brouardel.
A Debrousse : M. de Massary.
A Sainte-Périne : M. Papillon.

Mutation de chaire.

Le Conseil de la Faculté de médecine de Paris s'est prononcé affirmativement pour le passage de M. Déjerine à la chaire de clinique des maladies nerveuses. C'est donc la chaire de pathologie interne qui devient vacante.

Le groupe médical de la Chambre.

Le groupe médical du Parlement s'est reconstitué. Il a élu : président, M. Labbé, sénateur ; vice-présidents, MM. Lannelongue, sénateur, et Dubuisson, député ; secrétaires, MM. Pédedihou et Raymond, sénateurs ; Laurent, Lachaud, députés ; questeur, M. Devins.

La prochaine Conférence internationale du cancer.

Elle se réunira à Bruxelles, en 1913. Les bases de son organisation seront arrêtées l'année prochaine, à Dresde, lors de l'Exposition internationale d'hygiène, qui se tiendra dans la capitale saxonne, dans le courant de l'année 1911. Au programme des travaux de cette prochaine conférence figurent l'adoption d'une *nomenclature internationale* des tumeurs et l'établissement d'une *statistique*, au sujet de laquelle des feuilles d'enquête seront adressées aux différents comités.

La Suralimentation, Facteur de Dyspepsie

Par le Docteur MARCEL LABBÉ
Professeur agrégé à la Faculté de médecine,
Médecin des Hôpitaux de Paris

Dans la pathogénie des troubles digestifs, il n'y a pas seulement à considérer la qualité, mais aussi la quantité des aliments ingérés. A côté des dyspepsies causées par une nourriture irritante, intoxicante ou infectante, il y a des dyspepsies causées par une nourriture simplement surabondante.

Celles-ci sont, à mon sens, beaucoup plus fréquentes que les premières. Elles sont dangereuses surtout par leur début insidieux qui ne laisse point apercevoir le mal.

Il y a beaucoup d'individus qui croient avoir tout fait pour l'hygiène quand ils ont consommé des aliments de bonne qualité; suivant eux, la bonne viande, le bon pain, le bon vin, ne font jamais de mal, et consciencieusement ils se gavent sans remords, et sont tout étonnés lorsque ces excès d'aliments de bonne qualité les ont rendus dyspeptiques.

Tel malade atteint de troubles gastriques ou intestinaux supporte bien un mets irritant, considéré comme dangereux et exclu sévèrement de la table des dyspeptiques, parce qu'il le prend en petite quantité: tandis qu'il souffrira pour avoir fait un repas composé d'aliments dits « de régime » pris en grande quantité. Pour ne citer qu'un exemple, j'ai vu un repas fait de homard à l'américaine et de moules cuites, c'est-à-dire d'aliments connus pour indigestes, être pourtant mieux supporté qu'un dîner composé de nombreux plats de légumes, de pâtes, et de viandes choisis parmi les plus digestibles.

C'est ce qui rend la dyspepsie en apparence si paradoxale, et c'est pourquoi bien des gens, impressionnés par ces exemples, ne veulent pas croire à la diététique. Pour qui sait les interpréter, de tels faits prouvent seulement que la quantité est plus importante encore que la qualité des mets pour la production des troubles digestifs.

Aussi devons-nous dans l'étude des causes de dyspepsie rechercher les excès de quantité; et dans la prescription des régimes ne pas nous contenter d'indiquer la qualité, mais aussi la quantité des mets autorisés.

Les troubles digestifs si fréquents que présentent les gens exposés à la nourriture de restaurant et d'hôtel, sont dus bien plus à la quantité excessive des aliments qu'à la mauvaise qualité de ceux-ci. Rien de plus dangereux que le repas de table d'hôte aux plats multiples; je voudrais partout le voir remplacé par les repas à la carte qui entraînent moins à la suralimentation.

La dyspepsie par suralimentation se présente avec des caractères spéciaux qui permettent de la reconnaître. Elle entraîne des accidents précoces facilement curables et des accidents tardifs plus graves.

L'une des premières conséquences de l'excès alimentaire est l'engraissement qui peut aller jusqu'à l'obésité. Des troubles digestifs surviennent après les repas: ce sont des pesanteurs, des flatulences, un gonflement épigastrique qui force le sujet à desserrer ses vêtements, un besoin de sommeil pendant la digestion, une impossibilité de se mettre au travail aussitôt après le repas.

L'haleine est forte, exhalant parfois une odeur de carnivore; la langue est saburrale; l'estomac est distendu ou dilaté; le foie est gros, et déborde des côtes; la peau et les muqueuses offrent une teinte légèrement subictérique; il y a un véritable état cholémique.

Les selles sont fréquentes, au nombre de deux ou trois par jour, molles, pâteuses, fétides. Les urines sont foncées et laissent un dépôt rouge brique en se refroidissant, elles réduisent la liqueur de Fehling d'une façon incomplète, sans donner le précipité d'oxydule cuivreux caractéristique du glucose; elles contiennent du pigment rouge brun, souvent de l'urobiline, quelquefois des traces d'albumine.

Enfin, le système nerveux est irritable; le sommeil est pénible, surtout si l'alcoolisme se joint à la suralimentation, il est tourmenté par des cauchemars.

Des accidents plus graves, tenant à une atteinte plus profonde du tube digestif peuvent se produire. La suralimention mène à l'hypersécrétion et à l'hyperchlorhydrie gastriques, peut-être à l'ulcère de l'estomac; elle produit l'entérite, qui peut avoir pour conséquence l'appendicite surtout en cas de suralimentation carnée. Le pancréas, atteint lui-même, entraîne des troubles sérieux de la nutrition. Le foie est congestionné; il présente un début de cirrhose, ou de la lithiase biliaire.

Les reins eux-mêmes sont souvent atteints; à l'albuminurie d'origine digestive, succède une albuminurie par lésion rénale. Il n'y a peut-être pas un obèse qui, passé l'âge de 40 ans, n'offre un certain degré de sclérose rénale. Les accidents urémiques sont fréquents chez ces malades et s'associent aux accidents asystoliques.

Enfin, la suralimentation est en grande partie responsable des troubles de la nutrition, tels que le diabète, la goutte, la lithiase rénale, et certains accès d'asthme.

Les accidents causés par la suralimentation, revêtent parfois une telle allure de gravité que l'on en vient à craindre un cancer du foie ou du pancréas, ou un diabète maigre et à faire un pronostic sévère.

Aussi est-il nécessaire de savoir reconnaître la suralimentation et de l'empêcher. Une analyse d'urine bien interprétée est très utile à cet égard. Sur une analyse complète faite dans les conditions ordinaires, on voit que les éliminations des principes normaux sont toutes en excès: il y a plus d'urée, plus d'acide urique, plus de sels, plus de chlorures que l'on n'en trouve habituellement dans les urines; ce qui implique une ingestion surabondante d'aliments susceptibles de donner naissance à une excrétion urinaire excessive. Si, pour préciser ces renseignements, on demande à l'individu de peser sa nourriture en même temps qu'il recueille ses urines pour l'analyse, on reconnaît que le régime est surabondant.

Enfin, si l'on compare les ingestions alimentaires aux excrétions urinaires, on s'aperçoit souvent que ces éliminations, quoique supérieures à la moyenne habituelle, sont cependant inférieures à ce qu'elles devraient être, ce qui tient à une mauvaise absorption intestinale due à la suralimentation et aux troubles digestifs qui en résultent.

Cette méthode m'a permis souvent de reconnaître une suralimentation inavouée ou même inconsciente, et d'instituer un régime approprié qui guérit des troubles digestifs d'allure inquiétante.

Les accidents précoces de la suralimentation disparaissent facilement dès qu'on modifie les habitudes alimentaires. C'est ainsi qu'on voit cesser en quelques jours des glycosuries, des douleurs rhumatoïdes, des dyspnées asthmatiformes, des somnolences qui résultaient de la suralimentation. Par contre, les accidents invétérés résistent plus longtemps au traitement, mais ils finissent enfin par guérir sous l'influence de la réduction alimentaire seule, faisant ainsi la preuve de leur origine.

Pratiquement, je conclus de cette étude que le médecin doit toujours songer à la suralimentation comme cause de dyspepsie, et que dans les prescriptions diététiques, il faut insister autant sur la quantité que sur la qualité des aliments.

NOTE
sur un Cas de Tache bleue mongolique
CHEZ UN MÉTIS DE BLANC ET DE NOIRE

Par le Docteur FONQUERNIE

Nous venons d'observer à Toumodi (Côte d'Ivoire) un cas de tache bleue congénitale mongolique chez un métis de blanc et de noire.

Il s'agit d'un enfant du sexe masculin actuellement âgé de trois mois, bien constitué et en bonne santé, sans stigmates de dégénérescence. A la naissance cependant le poids et la taille de cet enfant étaient sensiblement inférieurs à la normale.

Le père est un Français du Midi, en bonne santé, très brun; la mère, une indigène de race baoulé.

Cet enfant présente à la région sacrée, sur la ligne médiane, une tache de forme à peu près ovalaire à grand axe vertical, longue de trois centimètres, large de deux environ, de coloration bleuâtre. Par son extrémité inférieure, elle effleure l'extrémité supérieure du pli interfessier; au niveau de la légère fossette qui termine ce pli, sa teinte est plus accentuée; la pression ne la fait pas disparaître. Au niveau de la tache, aucune altération cutanée.

L'enfant a été vu pour la première fois huit jours après la naissance. Trois mois plus tard, la tache persiste, quoique un peu moins apparente. Celle-ci, comme cela arrive en pareil cas, avait été prise pour une ecchymose.

La fréquence de cette tache (allant de 90 à 98 0/0 des cas) chez les nouveau-nés des diverses races jaunes lui a fait donner le nom de tache bleue congénitale mongolique. Elle est très rare chez les blancs; elle a été constatée un peu partout en Europe, dans des proportions très faibles, il est vrai. On l'a constatée à Paris (Apert,

Presse médicale, 26 mars 1910). On ne possède rien de précis sur son existence et sa fréquence chez les nègres, où cependant tout porte à croire qu'elle est extrêmement rare, puisque le Dr Fontoynont déclare que, à Madagascar, « chez les Hovas non métissés, on trouve presque à coup sûr la tache; chez les nègres, on ne la trouve jamais. »

Sa présence chez un métis de blanc et de noire nous a paru ainsi doublement intéressante à signaler.

REVUE DE BIOLOGIE

Tuberculose expérimentale du pancréas.

M. Klippel et E. Chabrol, ayant inoculé par voie sanguine et par voie canaliculaire des bacilles de Koch de virulence variable, comparent entre elles les altérations expérimentales réalisées au niveau du pancréas. Dans tous les cas, ils observent une réaction interstitielle le long des vaisseaux capillaires, depuis la présence de polynucléaires, de macrophages, d'éléments lymphoconjonctifs, jusqu'à la sclérose organisée. En raison de leur riche vascularisation, les îlots de Langerhans sont particulièrement envahis. Chez les cobayes inoculés par voie sanguine, les lésions prédominent dans les espaces interlobulaires, à la périphérie des canaux excréteurs. Réserves faites sur les canaliculites spontanées, si fréquentes chez les divers animaux de laboratoire, les auteurs se demandent, suivant l'hypothèse proposée par Carnot en 1898, si l'angiopancréatite n'est point en partie sous la dépendance d'une excrétion bactérienne.

Les modifications cellulaires des acini consistent en la dégénérescence granulo-graisseuse et la stéatose, beaucoup plus accusées sur le pancréas tuberculeux que sur aucun autre pancréas toxi-infectieux. Par contre, les îlots de Langerhans subissent le plus souvent la dégénérescence acidophile avec condensation des noyaux. Qu'il s'agisse des îlots ou des acini, les altérations spécifiques de la tuberculose sont très rares; la dégénérescence caséeuse, comme les cellules géantes et les follicules semblent appartenir en propre aux ganglions inter et intralobulaires, dont la présence dans le parenchyme du cobaye est souvent méconnue.

(*Soc. de Biol.*).

Indépendance des albuminuries et des lésions des tubuli contorti.

M. E. Feuillié apporte une nouvelle preuve de ce point sur lequel il a déjà insisté.

Après un jeûne de quatre ou six jours, des lapins reçoivent en injection sous-cutanée de fortes doses de nitrate d'urane. Après quatre heures, l'urine ne renferme pas d'albumine, et cependant les tubuli présentent des lésions énormes. Il n'y a donc aucune relation entre les albuminuries et les lésions des tubuli contorti.

(*Soc. de Biol.*).

Pancréatites hématogènes, par MM. Abrami, Ch. Richet fils et Saint-Girons.

Les recherches entreprises par les auteurs montrent la réalité et la fréquence des pancréatites hématogènes.

Expérimentalement, en créant chez les animaux une septicémie, par injection intraveineuse de microbes divers: bacilles typhiques, pneumobacille, staphylocoque doré, pyocyanique, bactéridie charbonneuse, ils ont observé la localisation de ces germes sur le tissu pancréatique, et leur élimination par le canal de Wirsung.

Cette élimination, très précoce, peut s'observer déjà une heure après l'inoculation intraveineuse; lorsqu'elle est suffisamment prolongée elle aboutit à la création de lésions pancréatiques acineuses et canaliculaires.

Les auteurs ont pu constater la réalité de cette pathogénie dans divers cas d'infections pancréatiques humaines, liées au bacille d'Eberth, au pneumocoque, au pneumobacille de Friedlander, au bacille perfringens, au bacille de Koch.)

(*Soc. de Biol.*).

Rapport de la quantité et du taux de l'urine, par M. Ambard.

La concentration de l'urée du sang étant constante, deux lois régissent la sécrétion de l'urée :

1° Avec une concentration uréique urinaire constante :

$$\sqrt{\text{Débit de l'urée}} \times K = \text{Urée de sang.}$$

2° Avec une urémie constante : $\frac{D^1}{D^2} = \frac{\sqrt{C^1}}{\sqrt{C}}$.

(*Réunion biologique de Bordeaux.*)

Sécrétion de l'humeur aqueuse normale, par M. Mewas.

C'est la rétine biliaire qui est le siège de la sécrétion de l'humeur aqueuse. Mais l'humeur aqueuse produite par ponction successive de la chambre antérieure de l'œil est très différente de l'humeur aqueuse normale : c'est du plasma transsudé.

(*Soc. de Biol.*)

Action bactériologique du sérum antiméningococcique sur le méningocoque et les germes similaires, par M. Dopter.

L'injection par voie veineuse du sérum antiméningococcique d'une forte émulsion de méningocoques provoque chez le cobaye des accidents graves pouvant entraîner rapidement la mort de l'animal. Ces troubles sont dus à l'influence d'une lysine qui met en liberté un poison contenu dans les corps microbiens.

Les mêmes expériences répétées avec des pseudo-méningocoques, des paraméningocoques, des gonocoques ont montré qu'avec ces derniers ou bien les accidents relatés ne se produisent pas ou bien ils se manifestent sous la forme d'une crise légère et passagère.

L'existence de cette crise est donc de nature à prouver que le pouvoir bactériolytique du sérum antiméningococcique ne paraît pas revêtir un caractère de spécificité absolue. Cette dernière cependant peut être démontrée nettement par l'épreuve de l'absorption des bactériolysines. On sature le sérum antiméningococcique de méningocoques, de pseudo-méningocoques, de gonocoques. Le sérum saturé de méningocoques devient inactif vis-à-vis de ce dernier; le sérum saturé par les autres germes garde toute son activité sur le méningocoque. Le méningocoque fixe donc la lysine, les germes similaires la laissent libre.

Par conséquent, le sérum antiméningococcique contient une lysine spécifique vis-à-vis du méningocoque; son action sur les microbes voisins relève de bactériolysines de groupe, de co-bactériolysines.

(*Soc. de Biol.*)

Sur la survie d'éléments et de systèmes cellulaires, après conservation prolongée hors de l'organisme.

M. Charles Fleig, au cours de ses recherches sur les sérums artificiels à minéralisation complexe, a été amené à établir une série de données expérimentales ayant trait, dans leur ensemble, à la survie de cellules, de tissus ou d'organes isolés du corps et aux limites dans lesquelles peut être obtenue leur reviviscence après séjour plus ou moins long à basse température. Il a envisagé en outre, plus spécialement, la question de l'état de vitalité des vaisseaux après conservation très prolongée à la glacière. Ses conclusions peuvent se résumer ainsi : bien que diverses *cellules d'animaux à sang froid* (leucocytes, hématies, physiologiquement adaptées à une vie indépendante) puissent survivre hors de l'organisme pendant *des mois*, bien que divers *organes d'animaux à sang froid* puissent survivre aussi pendant *plusieurs semaines*, bien que diverses *cellules ou organes d'animaux à sang chaud* puissent conserver leur vitalité à la glacière pendant un temps *déterminé* (de quelques jours à plus d'une semaine), *il n'est point prouvé actuellement que la survie des vaisseaux de mammifères puisse être prolongée pendant des mois*, ni que ces vaisseaux, après un séjour de *plusieurs mois* à la glacière, continuent réellement à vivre dans l'organisme où on les greffe; tolérés comme des corps étrangers aseptiques, ne provoquant pas de thrombose par suite du maintien des caractères *physiques* de l'endothélium vasculaire, ils servent de simple tuteur aux éléments de néoformation, ce qui, d'ailleurs, ne diminue en rien la valeur pratique des expériences de greffe.

(*Soc. de Biol.*)

Formation d'antithrombine dans le foie préalablement soumis à une température inférieure à la température de congélation du mercure, par M. Doyon.

L'antithrombine se produit dans le foie sous l'influence du sang artériel normal ou du sang peptoné, même si l'organe a été soumis au préalable à une température inférieure à la température de congélation du mercure.

(*Soc. de Biol.*)

Importance des ordres de sensibilité et de toxicité ainsi que des doses minima mortelles au point de vue de la pathologie et de la thérapeutique.

M. Maurel résume les communications précédentes faites sur les lois qui paraissent régir l'action des agents thérapeutiques et toniques ainsi que celles dans lesquelles il a exposé les lois sur le synergisme et l'antagonisme. Il insiste de nouveau sur l'importance qu'il y aurait à fixer pour tous les agents les ordres de sensibilité et de toxicité puisque ce sont eux qui servent de base à l'étude physiologique de ces agents, et que par conséquent seuls ils peuvent faire comprendre leur action pathogène et diriger dans leurs applications thérapeutiques. Il revient aussi sur l'importance de la fixation des doses minima mortelles pour tous les agents, puisque ce sont ces doses qui constituent le point de départ indispensable dans leur application soit comme agents synergiques, soit comme agents antagonistes. Pour compléter ces notes, M. Maurel donne, dans cette dernière, les indications bibliographiques des divers travaux personnels qui l'ont conduit aux idées exposées dans les précédentes communications.

(*Soc. de Biol.*).

Stercobiline et amas lymphoïdes iléo cæcaux, par M. H. Triboulet.

Les faits cliniques (enfants au sein, au biberon, bien portants, atrophiques, états infectieux, notamment fièvre typhoïde), avec le contrôle coprologique par le sublimé acétique et la réaction de fluorescence et les contrôles d'autopsie, montrent qu'une bile, même normale et abondante, sans action lymphoïde iléo-cæcale, ne peut donner la réaction de la stercobiline; qu'une bile, même en minime quantité, donne cette réaction avec le concours de cette région iléo-cæcale.

Les recherches histologiques paraissent insuffisantes à donner l'explication des faits, celle-ci doit relever de la physiologie expérimentale.

(*Soc. de Biol.*).

REVUE DE LARYNGOLOGIE

Les spasmes de la Glotte, par M. le Dr Sébileau. *Spasme idiopathique de la Glotte. (Gaz. Médic. de Nantes).*

Le spasme idiopathique de la glotte est une affection du nourrisson. Il se présente sous forme de crises très courtes, susceptibles d'entraîner la mort et pouvant survenir coup sur coup ou à de très longs intervalles les unes des autres.

Ainsi quand on vous demandera en toute hâte pour soigner une de ces crises, n'arriverez-vous souvent, malgré toute votre diligence, que pour voir le petit malade revenir à la santé ou que pour constater son décès. L'interrogatoire des parents pourra seul vous fixer sur la nature de l'accident.

Cependant, s'il vous est donné d'assister à une crise de spasme de la glotte chez un nourrisson, voici ce que vous constaterez suivant que la crise revêtira la forme légère ou la forme grave :

Forme légère. — Un enfant de deux à douze ou quinze mois, ayant toutes les apparences d'une santé parfaite, pesant son poids normal, de souche souvent saine, n'ayant jamais été malade, est pris, tout à coup, le jour aussi bien que la nuit, d'un mouvement convulsif de tout le corps avec tressaillement des mains. Cette convulsion s'accompagne d'une inspiration sonore, bruyante, suivie d'une expiration normale. Puis les inspirations suivantes deviennent de plus en plus courtes et les expirations de moins en moins perceptibles. L'enfant alors asphyxie : il rejette sa tête en arrière ; — ses yeux sont inquiets, hagards ; — la face d'abord pâle se cyanose ainsi que les extrémités. Le pouls est d'une fréquence extrême, presque incomptable. Cet état dure quelques secondes, puis peu à peu des inspirations sonores se produisent suivies d'expirations de plus en plus amples. Le nourrisson peu à peu se remet, revient à la santé complète ; un peu d'abattement, un peu de faiblesse sont les seuls témoignages des souffrances qu'il vient d'endurer.

Des crises semblables peuvent se répéter plusieurs fois dans les 24 heures ou au contraire ne réapparaître que tous les quinze jours, tous les mois. Parfois même plusieurs mois se passent sans qu'elles reviennent. Parfois enfin le nourrisson, après avoir présenté, à des intervalles plus ou moins éloignés, des crises légères, peut être pris d'une crise grave que je vais maintenant décrire.

Forme grave. — Elle peut débuter d'emblée ou succéder à la forme légère. La crise commence, comme dans la forme précédente, par une convulsion accompagnée d'une inspiration bruyante ; mais après cette inspiration, l'expiration ne se produit pas. Le petit malade reste en apnée complète. Dès lors le regard devient fixe, hagard ; la face et les extrémités se cyanosent ; — une extrême angoisse étreint le petit malade qui, la bouche ouverte, rejette la tête en arrière ; — une sueur froide inonde son corps, ses extrémités se refroidissent ; — le pouls est incomptable. Au bout de quelques secondes de cet état terrifiant, si la mort n'est pas survenue déjà, les mouvements respiratoires peuvent réapparaître de plus en plus faciles, de plus en plus amples et l'enfant, au bout de quelques minutes n'est plus reconnaissable, revient à la santé. Sauf un peu d'abattement et de faiblesse, rien ne pourrait faire croire qu'il vient de passer par une crise aussi terrible. Malheureusement il n'en est pas toujours ainsi, car fréquemment au cours de ces spasmes laryngés, la mort arrive : au milieu de la crise, elle peut survenir brusquement, par syncope ; à la fin de la période d'apnées, l'asphyxie progressive peut emporter le petit malade ; — enfin si les accès se succèdent à de très courts intervalles, l'enfant reste pour ainsi dire dans un état d'asphyxie continue qui finit par l'emporter.

Plusieurs affections que je vais rapidement énumérer peuvent se confondre avec un spasme idiopathique de la glotte.

Cependant vous n'hésiterez guère avec le faux croup qui atteint les enfants de 2 à 7 ans et ne se voit guère chez les nourrissons, qui débute presque toujours la nuit par un accès de toux bruyante et sonore accompagnée d'agitation et d'anxiété respiratoire, qui présente des crises plus longues au cours desquelles l'apnée n'est jamais complète.

Vous pourriez songer au croup d'emblée ; mais le croup d'emblée a un début plus insidieux. Quelques jours avant l'éclosion de l'accès, l'enfant a de la fièvre, est mal en train, refuse le sein ou le biberon, tousse. L'accès s'accompagne d'une toux éteinte, sourde. Les cris sont étouffés. Enfin les accès de suffocation sont plus longs que les crises de spasme glottique. Regardez la gorge du petit malade pour dépister un abcès rétro-pharyngien ou un œdème de la glotte, exceptionnel chez le nourrisson.

Le stridor laryngé congénital s'accompagne d'un *cornage permanent*. Il ne se traduit pas par des crises tragiques comme le spasme de la glotte.

Enfin les crises d'asphyxie de la cyanose congénitale sont beaucoup plus prolongées. L'auscultation du cœur vous révélera un souffle intense qui tranchera le diagnostic.

En présence de symptômes aussi alarmants, il faudra agir vite et bien. Donc que ferez-vous ?

A. Si la crise est légère :

1° Débarrassez vite l'enfant de ses vêtements, penchez sa tête en avant, aspergez-lui la face avec de l'eau froide, appliquez sur le cou une compresse d'eau chaude, pratiquez sur tout le corps des frictions énergiques à l'eau vinaigrée ou à l'alcool ;

2° Si vous n'obtenez rien par ces moyens, chatouillez avec le doigt l'arrière-pharynx pour provoquer des mouvements de déglutition et le vomissement ; — si vous avez du chloroforme sous la main, faites aspirer quelques gouttes au petit malade suivant le conseil d'Avocdo, qui a obtenu par cette méthode de forts bons résultats. Ayez soin de surveiller attentivement l'administration du chloroforme, afin que le remède ne soit pas pire que le mal.

B. Si la crise est grave d'emblée ou si la crise légère se prolonge et ne cesse pas par l'emploi des moyens précédents :

1° N'hésitez pas à pratiquer la respiration artificielle soit par la méthode de Sylvester, soit au moyen des tractions rythmées de la langue ;

2° Si la respiration artificielle échoue et si le petit malade continue à asphyxier, ayez en dernier ressort recours au tubage si vous pouvez laisser à demeure près de lui un aide qui sache tuber, à la trachéotomie dans tous les autres cas.

Tels sont les différents procédés que vous pourrez mettre en œuvre pour combattre la crise. Celle-ci passée, il vous faudra tout d'abord prévenir les parents de la gravité de l'affection dont est atteint leur enfant, leur faire comprendre qu'en cas de crise nouvelle ils ne devront plus s'affoler, mais au contraire commencer, avant l'arrivée toujours trop tardive du médecin, à combattre cette crise par des moyens simples que vous leur indiquerez : aspersion d'eau froide, éponge imprégnée d'eau chaude au-devant du larynx, frictions à l'alcool, etc.

Ceci fait, vous devrez instituer un traitement préventif destiné à empêcher le retour de crises nouvelles ou leur trop fréquent renouvellement :

Prescrivez une hygiène sévère, des séjours fréquents à la campagne, des bains tièdes quotidiens ou, suivant les conseils de Cauby, des enveloppements quotidiens de vingt minutes dans un drap mouillé tiède. Veillez à ce que le nourrisson ne soit pas toujours confiné dans une chambre fermée, sans air.

Réglez avec soin son alimentation, surtout s'il est nourri au biberon, de façon à empêcher l'entérite, cause de crises.

Enfin prescrivez pendant les trois ou quatre jours qui suivront la crise une petite potion au bromure, au chloral, au musc en vous rappelant :

1° Que le bromure de potassium s'administre à la dose de 0 gr. 25 centigr. par jour chez un enfant d'un an et au-dessous — à la dose quotidienne de 0 gr. 40 centigr. chez un enfant de plus d'un an.

Formulez, par exemple, ainsi :

Enfant d'un an et au-dessous.

Bromure de potassium	1 gramme
Eau de fleurs d'oranger......	20 grammes
Eau de tilleul	20 grammes
Eau distillée................	20 grammes

Trois cuillerées à café par jour, une le matin, une à midi, une le soir.

Enfant au-dessus d'un an.

Bromure de potassium	1 gr. 60
Eau de fleurs d'oranger	ââ 20 gr.
Eau de tilleul..............	—
Eau distillée..........	—

Trois cuillerées à café par jour, une le matin, une à midi, une le soir.

2° Que le chloral se donne à la dose de 0 gr. 15 centigr. par année d'âge.

Formulez, par exemple, ainsi :

Enfant d'un an et au-dessous.

Hydrate de chloral...	0 gr. 60 c.
Julep gommeux....	60 grammes

Trois cuillerées à café par jour.

Enfant au-dessus d'un an.

Hydrate de chloral..........	1 gr. 20 c.
Julep gommeux..	60 grammes

Trois cuillerées à café par jour.

3° Que le musc, que vous devez employer sous forme de teinture alcoolique au 1/10e, se donne à la dose de X gouttes par année d'âge.

Formulez donc ainsi :

Enfant au-dessous d'un an.

Teinture de musc............	XL gouttes
Eau distillée de mélisse......	60 gram.

Trois cuillerées à café par jour.

Enfant au-dessus d'un an.

Teinture de musc...... ..	LXXX gouttes
Eau distillée de menthe...	60 grammes

Trois cuillerées à café par jour.

Spasmes de la Glotte de l'adulte.

Chez l'adulte, les spasmes de la glotte se présentent sous diverses variétés cliniques et éclatent sous l'influence de causes nombreuses. Je décrirai successivement le vertige ou ictus laryngé les spasmes laryngés des tabétiques, les spasmes laryngés des hystériques, le spasme laryngé par compression des nerfs récurrents.

A. Vertige ou Ictus laryngé

Symptômes. — C'est un accident si brusque, si rapide, qu'il sera généralement terminé quand vous arriverez auprès du malade qui en aura été atteint. Vous ne pourrez alors reconstituer la scène que par l'interrogatoire de l'entourage. Cependant, comme l'ictus laryngé peut survenir à n'importe quel moment du jour ou de la nuit, le hasard pourra vous mettre en présence, dans un lieu public quelconque, dans la rue, d'un individu en proie à ce curieux accident. Voici ce que vous constaterez :

Un homme de quarante à cinquante ans, présentant l'aspect extérieur d'une parfaite santé, éprouve tout à coup sans raison, un picotement, un chatouillement, une sensation de brûlure qu'il localise au niveau du larynx ou à la partie supérieure de la trachée; en même temps une toux sèche, fatigante, parfois quinteuse le secoue. Puis tout à coup il tombe, perd connaissance; sa face se congestionne, se violace et parfois de légères convulsions agitent un de ses membres supérieurs. Cet état dure quelques secondes au bout desquelles le malade revient à lui, s'étonne de ce qui s'est passé, se relève, reprend comme si de rien n'était, le cours de son existence normale, ne gardant pendant quelques jours qu'un peu de fatigue de sa chute.

Si vous poursuivez plus avant l'examen de votre malade, vous constaterez souvent chez lui de légers signes d'emphysème et vous apprendrez qu'il est depuis longtemps goutteux ou rhumatisant. D'ailleurs, le vertige laryngé est un accident sans gravité. On ne connaît pas d'observations qui aient été suivies de mort. Les crises qui peuvent revenir fréquemment ou à des intervalles très éloignés, suivant les individus, finissent toujours par disparaître avec le temps.

B. Spasmes laryngés des Tabétiques

Au cours d'un tabès confirmé, parfois au début même de la maladie, peuvent survenir des accidents laryngés qui se présentent sous plusieurs aspects.

Ictus laryngé tabétique. — Il ressemble étonnamment à l'ictus laryngé ci-dessus décrit. Une sensation de picotement, de brûlure à la gorge, accompagnée d'une toux sèche et suivie d'une chute avec perte de connaissance, pendant laquelle les membres sont en résolution complète ou animés de légères secousses convulsives, tel est le tableau succinct de l'ictus laryngé tabétique. La perte de connaissance dure quelques secondes, après quoi le malade se relève et se remet à ses occupations, comme si rien ne s'était passé.

Accès de suffocation. — Ils varient d'intensité. Parfois, à peine accusés, ils ne se traduisent que par quelques secousses de toux suivies d'une inspiration prolongée, sifflante, difficile.

Parfois le tableau est vraiment effrayant : après de légers picotements au larynx apparaissant simultanément avec une toux sèche et convulsive, une angoisse respiratoire atroce étreint le malade. Les mouvements respiratoires deviennent de plus en plus courts, superficiels et de temps en temps une inspiration bruyante, prolongée, sifflante se fait entendre. La face se congestionne, les lèvres et les ailes du nez se cyanosent, les yeux hagards et fixes sortent de l'orbite. On croit que le malade va succomber à l'asphyxie quand, tout à coup, au bout d'une minute ou deux de cet état, la crise cesse : les mouvements respiratoires deviennent plus faciles, plus amples et tout rentre dans l'ordre. Ainsi se passent les choses dans la majorité des cas. Mais parfois la crise ne cède pas et le malade peut succomber à l'asphyxie progressive.

C. Spasmes laryngés des Hystériques

Une femme le plus souvent, dans la période active de la vie, entre 20 et 40 ans, à la suite d'une grande crise hystérique typique, ou bien à la suite d'une émotion, d'une colère, d'une contrariété, parfois même brusquement sans raison, est prise d'une dyspnée intense, excessive. Elle s'agite, porte les mains à son cou, prétend qu'elle va étouffer. L'inspiration est sifflante, prolongée. Au bout d'une minute ou deux, tout se calme.

A côté de ces crises légères, sans gravité, il en est de beaucoup plus terrifiantes : en effet, il peut arriver qu'après quelques secondes de gène respiratoire excessive, tout à coup la respiration s'arrête net. C'est l'apnée complète. Dès lors la malade se congestionne, se cyanose et l'asphyxie est imminente. Mais au bout d'un temps assez court, une minute au plus de cet état, une expiration violente, explosive éclate pour ainsi dire et marque la fin de la crise. Cependant, après quelques mouvements respiratoires qui deviennent de plus en plus pénibles, une seconde période d'apnée peut de nouveau survenir et ainsi de suite pendant dix minutes, une quart d'heure.

D. Spasmes par compression des récurrents

La compression des récurrents par une adénopathie trachéo-bronchique, un anévrysme de l'aorte, un cancer de l'œsophage, par une tumeur quelconque du médiastin est capable de se traduire par des accès de spasmes glottiques qui peuvent être très intenses.

L'accès a un début brusque; tout à coup, sans raison, le malade ressent des chatouillements, des picotements au larynx en même temps qu'il est secoué par des secousses d'une toux pénible et fatigante. Puis la respiration s'embarrasse; l'inspiration se fait de plus en plus prolongée, difficile, bruyante, sifflante, tandis que l'expiration devient courte. L'air ne pénètre dans la poitrine qu'avec la plus grande peine. Dès lors le malade est en proie à une vive agitation : les yeux fixes, la face injectée, il s'agite, se cramponne aux objets qui l'entourent comme pour y prendre un point d'appui, il renverse la tête en arrière, tend les muscles du cou; une angoisse inexprimable est peinte sur son visage. Il croit qu'il va mourir. Au bout de quelques secondes, d'une minute, parfois davantage, la dyspnée décroît, la respiration se fait plus facile et le malade, le corps couvert de sueur, sort de son affreux cauchemar pour se reposer d'un sommeil paisible. Parfois, à la fin de l'accès, le malade peut perdre connaissance et ne sortir de sa torpeur qu'une fois l'accès passé. Parfois enfin l'accès peut se prolonger longtemps; c'est alors que les signes d'asphyxie apparaissent et que la mort peut survenir si la trachéotomie n'est pas immédiatement pratiquée.

Traitement. — En présence d'un accès de spasme laryngé, voici ce qu'il vous faudra faire :

1° Après avoir débarrassé le malade de tout vêtement, de tout objet susceptible de comprimer le cou et la partie supérieure du thorax, vous appliquerez sur la partie antérieure du cou une éponge ou une serviette imbibée d'eau chaude; — vous poserez pendant une minute ou deux sur la nuque une vessie remplie de glace ou, à défaut, une compresse imprégnée d'eau très froide; — vous ferez promener le long des membres inférieurs des sinapismes et vous prescrirez un bain de pied sinapisé. Si vous avez sous la main une solution de cocaïne au centième, un simple badigeonnage de l'arrière-pharynx avec cette solution sera susceptible d'arrêter la crise;

2° Si ce traitement échoue ou si vous voyez que vous avez affaire à un accès d'emblée très intense, recourez de suite à des inhalations d'éther ou de chloroforme, en ayant soin de surveiller attentivement votre malade. Ce mode de traitement réussit fort bien chez les hystériques et peut parvenir à calmer les crises les plus fortes;

3° Si, à la suite d'un accès de suffocation très intense, la période d'asphyxie fait son apparition, pratiquez pendant quelques minutes la respiration artificielle par des tractions rythmées de la langue et, si ce moyen ne donne pas de résultats, ayez recours à la trachéotomie.

Un conseil cependant : Avant d'opérer le malade de la trachéotomie, il faudra toujours vous demander si l'obstacle à la respiration siège dans le larynx ou bien plus bas dans la trachée. Or, sachez que dans le cas de *dyspnée trachéale*, le larynx ne s'abaisse pas en masse à chaque inspiration comme il le fait dans le cas de dyspnée laryngée; — sachez aussi que, quand l'obstacle réside dans la trachée, le malade penche la tête en avant au lieu de la renverser en arrière; — sachez enfin que, dans le cas de dyspnée trachéale, l'inspiration est bitonale et que la voix n'est pas altérée, mais un peu plus faible que normalement.

Quand l'accès de spasme laryngé sera terminé, il vous faudra prescrire un traitement préventif pour essayer d'en empêcher le retour. Suivant le conseil de Moure, prescrivez donc à votre malade, deux fois par jour, des pulvérisations avec l'une ou l'autre de ces deux solutions cocaïnées :

1° Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 60 c.
Antipyrine........	4 gram.
Bromure de potassium........	4 gram.
Glycérine........	40 gram.
Teinture d'eucalyptus	10 gram.
Eau........	450 gr.
2° Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 60 c.
Chlorhydrate d'adrénaline en solution au 1/1000e........	3 gram.
Bromure de potassium.....	5 gram.
Glycérine	50 gram.
Eau de menthe	50 gram.
Eau	400 gr.

Enfin il conviendra, par un examen attentif du malade, quand il sera revenu au calme, de chercher la cause de ces crises. Pour cela vous examinerez attentivement les organes contenus dans la cavité thoracique pour voir si les spasmes laryngés ne seraient pas dus à une tumeur du médiastin comprimant le récurrent. Vous devrez vous assurer qu'il n'est pas syphilitique et s'il ne présente pas des signes de tabès au début ou déjà comprimé. Enfin vous devrez aussi songer à l'hystérie et en rechercher les stigmates chez votre malade. Car la cause de ces spasmes laryngés une fois reconnue, vous pourrez la traiter et empêcher, ou du moins éloigner le retour de ces accidents souvent graves.

HYDROLOGIE

SUR UN FERMENT OXYDASIQUE NOUVEAU

retiré de l'eau minérale du Breuil (Puy-de-Dôme)

NOTE AU SUJET D'UNE DÉCOUVERTE HYDROLOGIQUE
de M. TIXIER, Docteur en Pharmacie

Par M. le Professeur F. GARRIGOU

En 1905, un trou de sonde pour la recherche du charbon mettait au jour une nappe d'eau minéralisée sise à 200 mètres au-dessous du niveau du sol, en plein granit, entre deux couches d'argile imperméables.

L'analyse chimique et physico-chimique a fait classer cette eau minérale parmi les eaux chlorurées bicarbonatées sodiques, magnésiennes et ferrugineuses, avec résidu total 6,697; traces de radioactivité; 0.0065 de conductivité électrique; $\Delta = 0.311$.

La matière organique totale a été trouvée égale à 0.602 dont 0.022 de matière organique azotée; le nombre de bactéries par centimètre cube est de 3.700 dont 1.770 liquéfiant la gélatine.

Cette eau minérale jouit de propriétés fixatrices d'oxygène, tant directes qu'indirectes, très énergiques: elle fixe directement l'oxygène de l'air sur ses propres éléments et transforme ainsi en quelques minutes, une partie de ses métaux en oxydes et en carbonates.

Elle donne avec tous les réactifs des fonctions oxydasiques, des résultats aussi énergiques que rapides, et oxyde vivement l'aldéhyde salicylique: 1 litre d'eau minérale après une heure de contact avec 0 gr. 10 d'aldéhyde salicylique pur donne 0 gr. 20 d'acide salicylique, quantité correspondant à celle obtenue dans l'évaluation du pouvoir oxydant de 200 gr. de foie de veau — chauffée à 70°, l'eau minérale du Breuil devient inerte.

M. Tixier a isolé de cette eau minérale par précipitation rapide en présence d'alcool, un ferment diastasique se présentant sous forme de petits grains ovoïdes de 1 à 2 millig. groupés en chapelet et jouissant de propriétés fixatrices d'oxygène très énergiques.

La culture de ce ferment est à l'étude.

Vingt-deux eaux minérales françaises ont été examinées au point de vue de leurs propriétés fixatrices d'oxygène: huit n'ont présenté aucune manifestation oxydasique: douze ont fixé l'oxygène indirectement en présence d'eau oxygénée et deux ont donné des manifestations oxydasiques directes faibles.

L'auteur pense que la plus grande partie du mécanisme d'action des eaux minérales réside dans ces phénomènes de fixation d'oxygène dus à deux causes bien distinctes;

1° Présence d'un ferment diastasique;

2° Extrême division des sels dissociés maintenus en suspension dans leur milieu vital grâce à la matière organique non azotée et agissant comme colloïdes.

L'intérêt de cette découverte n'échappera à aucun hydrologue, ni à aucun biologiste s'occupant de l'étude les eaux minérales.

REVUE DE CHIRURGIE

Le cancer térébrant de l's iliaque (phlegmons stercoraux et fistules symptomatiques), par M. le docteur SAVARIAUD, chirurgien des hôpitaux (*Trib. med.*).

Les phlegmons stercoraux de la paroi abdominale et les fistules syptomatiques d'un cancer perforant du tube digestif sont connus depuis bien longtemps, et en ce qui concerne les phlegmons de la fosse iliaque, Velpeau en 1841 signale dans ses cliniques comme pouvant leur donner naissance, les ulcérations, les perforations, les squirrhes et les cancers du côlon lorsque l'abcès siège dans la fosse iliaque gauche.

En 1890, notre collègue M. Thierry, rapportant à la Société Anatomique deux cas de ces phlegmons symptomatiques d'un cancer du côlon, nous apprend que dans un cas le professeur Verneuil avait porté le bon diagnostic, mais il ajoute : « Ces cas ne sont pas fréquents, si nous en croyons le dire de nos maîtres et de nos collègues. »

A cette époque, en effet, les observations publiées étaient rares. Je dois signaler, toutefois, celle de Laveran (1875) ayant trait à un épithélioma-sous-muqueux de l'S iliaque ne donnant lieu à aucun phénomène intestinal et ayant déterminé la mort par perforation, abcès iliaque et psoïtis.

Je note également un cas de Borne et Bellier (1881), dans lequel le malade âgé de 56 ans avait présenté onze ans auparavant un abcès de la fosse iliaque gauche et depuis lors souffrit constamment de ce côté. Il vint mourir à l'hôpital d'un abcès gazeux de la fosse iliaque compliqué de péritonite. Il semble dans ce cas que la perforation siégeait un peu au-dessus du cancer sur la portion dilatée de l'S iliaque. Il semble également que l'affection cancéreuse ait eu une très longue durée.

M. Opin, de Lyon, dans sa thèse de 1894 sur les phlegmons de l'abdomen symptomatiques d'un néoplasme de la portion sous-diaphragmatique du tube digestif ne trouve que 11 cas de perforation du gros intestin dont cinq appartiennent à l'S iliaque, ce qui indique une certaine prédominance pour la région qui nous occupe.

En 1904, M. Tuffier publie dans la *Semaine médicale* un article sur les abcès profonds de l'abdomen comme premier symptôme du cancer de l'intestin. Il en signale 3 cas, siégeant sur le cæcum et sur le côlon. Il admet que l'intestin peut se perforer secondairement au contact d'un abcès d'origine ganglionnaire et explique de cette façon l'apparition tardive des matières dans la cavité de l'abcès.

En 1906 a lieu à la Société de Chirurgie, à propos d'une observation de périsigmoïdite de M. Michaux, une discussion sur les difficultés du diagnostic entre le cancer et la sigmoïdite. A cette discussion prennent part entre autres MM. Segond et Tuffier, qui citent des cas de prétendus cancers disparus et guéris depuis plusieurs années. M. Hartmann cite deux cas où il put éviter l'erreur en se basant sur des signes d'inflammation aiguë présentés par les malades. Ce raisonnement qui suppose l'impossibilité pour le cancer de se compliquer lui aussi de phénomènes inflammatoires, paraît accepté par tout le monde ou du moins ne donne lieu à aucune protestation, et nous le voyons reproduit depuis par nombre d'articles sur le diagnostic du cancer et de la sigmoïdite.

Depuis cette époque, signalons des articles de M. Lejars sur la sigmoïdite où il est fait allusion au cancer. Une revue de M. Thévenet sur les abcès symptomatiques du cancer du gros intestin (*Gaz. des Hôp.* 7 nov. 1908), et enfin une leçon toute récente de M. Mathieu sur les types cliniques du cancer du gros intestin (*Journ. de méd. de Paris*, 28 mai 1910), et dans laquelle il insiste assez longuement sur le type qui nous occupe.

Ce court historique montre donc que la question n'est pas absolument nouvelle. Toutefois, comme elle n'est point encore classique et que nombre des travaux consacrés au cancer du gros intestin glissent sur cette complication, ou même la passent complètement sous silence, j'ai cru bon d'attirer l'attention sur ce point encore peu connu de pathologie et de clinique, et c'est pour cela que je demande la permission de publier *in extenso*, malgré leur longueur, les deux observations suivantes, lesquelles, tout en présentant de grandes analogies, ne sont pas sans présenter également de très grandes différences.

Obs. I (Résumé). — Phlegmon subaigu de la fosse iliaque gauche évoluant sur un jeune sujet entaché de tuberculose. On soupçonne la nature cancéreuse du mal à cause des troubles intestinaux : constipation et pertes de sang. Incision de l'abcès. Fistulation. Ecoulements de sanie fétide séro-sanguinolente. Irruption des bourgeons cancéreux dans la cicatrice. Envahissement de la paroi. Anus artificiel. Mort en quelques mois de cachexie.

En juillet 1908, je fus appelé par mon excellent ami le Dr Lavieille auprès de son valet de chambre, qui présentait au-dessus de l'arcade fémorale du côté gauche une tuméfaction douloureuse adhérente à la paroi qui rappelait le plastron de l'appendicite. Je pensai d'abord à cette affection, car elle peut siéger à gauche, mais j'abandonnai bientôt ce diagnostic d'exception pour celui de tumeur du gros intestin, en raison des troubles observés du côté de cet organe. J'ajoutai que nous étions menacés d'une perforation en raison des phénomènes inflammatoires pour lesquels j'avais été appelé. Toutefois, comme le sujet était très jeune (29 ans) et qu'il était entaché de tuberculose, je fis des réserves au sujet de cette dernière affection.

Léger. 29 ans, valet de chambre, constitution athlétique.

En 1906, opéré à Lariboisière pour abcès froid de la deuxième côte, guérison complète. Mais depuis cette époque il a été de plus en plus constipé.

En novembre 1907, il a, le même jour, dans l'espace de trois heures, de violentes coliques suivies de quatre grandes évacuations de sang, et depuis ce jour il a toujours perdu du sang avec ses matières. Parfois il s'agissait de sang pur et toujours ces selles sanglantes étaient précédées de grandes coliques. La constipation était de plus en plus forte et obligeait le patient à prendre des laxatifs.

En juin 1908, il éprouve une petite douleur dans le côté gauche du ventre. Un examen pratiqué à cette époque par le Dr Lavieille ne révèle rien. Nouvel examen en juillet, la douleur ayant augmenté. Cette fois on trouve une tumeur peu volumineuse dans la fosse iliaque gauche telle que je l'ai décrite plus haut. Sous l'influence de cataplasmes puis de glace, diminution de la douleur. Les pertes de sang augmentent toujours et la tumeur reste stationnaire. Température légèrement au-dessus de la normale.

Fin juillet, le malade allant mieux, vient se faire examiner à Lariboisière. La recto-sigmoïdoscopie, pratiquée par mon collègue Bensaude, ne montre que des hémorroïdes haut placées. Le malade allant mieux, on lui permet de se lever; mais le 5 août, ayant travaillé un peu, il est pris d'un grand frisson avec une forte température 40°5, sans d'ailleurs souffrir plus qu'à l'ordinaire.

Le 7 août, *première opération.* — Incision de la paroi sur la tumeur. Evacuation d'une petite quantité de pus très fétide. Dans les jours suivants la plaie secrète peu de pus proprement dit, mais le pansement est imbibé chaque fois d'une sérosité sanguinolente très fétide. La plaie se rétrécit, mais il persiste une fistule. Sur ces entrefaites le malade part à la campagne où il se panse lui-même. Il revient au bout d'un mois, bien plus malade qu'avant son départ. Il a maigri d'une façon extraordinaire. Lui qui était une sorte de colosse a maintenant des formes juvéniles; localement, la cicatrice est distendue par une tuméfaction violacée. La fistule s'est agrandie et donne issue à des bourgeons de mauvaise nature. Ces bourgeons indubitablement cancéreux sont infiltrés de pus. Sans endormir le malade je dilacère cette masse, j'en fais sortir le pus et j'enlève plusieurs gros fragments qui sont remis à M. Masson, chef de Laboratoire. La réponse a été nettement affirmative : Epithélioma cylindrique, d'origine intestinale.

L'état du malade s'aggrave tous les jours. Il présente maintenant des envies fréquentes, des épreintes, il a une diarrhée fétide presque continuelle. La fièvre ne le quitte pas. Dans l'espoir d'améliorer son état, je pratique du côté droit sur le bord externe du muscle grand droit, un anus artificiel qui porte sur l'anse descendante du côlon transverse. Je constate de l'ascite. Résultat médiocre. L'état local n'est pas modifié. Le malade se cachectise de plus en plus. La tumeur fait des progrès énormes. Elle a envahi toute la fosse iliaque et représente un énorme chou-fleur du volume des deux poings. La température oscille entre 38 et 39°. Le malade meurt dans un état de consomption extrême le 1er novembre 1908.

Obs. II. — Phlegmon iliaque gauche et fistule par cancer térébrant du côlon iliaque. Longue évolution de la tumeur avec état général satisfaisant.

Le 9 novembre 1908, quelques jours à peine après que venait d'y mourir le sujet de l'observation précédente, entrait à l'hôpital Lariboisière, dans le service de mon excellent maître M. Reynier, un homme de 49 ans présen-

tant tous les signes d'un phlegmon profond de la région inguino-iliaque du côté gauche. Au-dessus de l'arcade crurale, la peau était rosée, œdémateuse, chaude et sensible à la pression. Au-dessous d'elle il y avait une tuméfaction profonde formant plastron dans l'étendue d'une paume de main. Pas de fluctuation superficielle. Le diagnostic était suppuration aiguë de la fosse iliaque. Quant à la cause, elle était difficile à reconnaître au premier abord; toutefois, tout imprégné encore du souvenir de Léger et retrouvant dans l'histoire de ce malade les hémorragies du gros intestin, je n'hésitai pas, vu son âge, à porter le diagnostic probable de cancer perforant de l'S iliaque.

L'opération confirma absolument cette manière de voir en montrant au-dessous de la paroi un abcès à pus gazeux. Une laparotomie exploratrice faite à quelque temps de là montra que le cancer, déjà gros comme le poing, agglutinait ensemble le côlon iliaque, l'anse sigmoïde et des anses d'intestin grêle. Le tout adhérait au pelvis, de sorte que toute espèce d'opération radicale était rendue impossible.

L'opéré se remit de ses deux opérations et actuellement encore, 10 mois après l'incision de son abcès et *près de 5 ans après le début apparent de sa tumeur*, il conserve un état général assez satisfaisant, et qui jure en tous les cas avec le diagnostic du mal dont il est indubitablement atteint. Voici son observation détaillée.

De Nog., 49 ans, employé de commerce, entre le 9 novembre 1908 dans le service du docteur Reynier, à l'hôpital Lariboisière. Ce malade présente, ainsi que je l'ai dit plus haut, tous les signes d'une collection profonde développée au-dessus de l'arcade fémorale gauche.

Comme antécédents il a présenté au régiment des bronchites et une fièvre intermittente. Bien portant depuis. Il y a 5 ans, légère attaque de goutte.

Il y a 4 ans, tout d'un coup, en pleine santé, sans douleur, il a perdu, en allant à la selle, environ *un demi-verre de sang rouge vif*. Cette hémorragie s'est renouvelée plusieurs fois par jour pendant un mois, mais en diminuant de fréquence et d'intensité. Ces accidents furent attribués à des hémorroïdes sans que le malade en ait constaté lui-même à ce moment.

Un an se passe sans incidents.

Au bout de ce temps nouvelles hémorragies se reproduisant plusieurs fois par jour pendant 15 jours environ.

Cette année, crises d'une quinzaine de jours, tous les trois mois. A cette époque, le malade remarque, pour la première fois, l'existence d'une petite tumeur, sans doute hémorroïdaire, sortant parfois de l'anus.

Pendant *les deux années suivantes, nouvelles hémorragies*, mais beaucoup moins abondantes.

Il y a un an, le malade a en sa crise la plus forte.

Il *allait à la selle 15 fois par jour, rendant la plupart du temps du sang pur* (un demi-verre, dit-il, chaque fois ?). Cette période dura deux mois.

Ces pertes de sang affaiblissaient beaucoup le malade, qui toutefois se remontait vite dans l'intervalle tout en restant amaigri.

Fin octobre 1908, le malade commence à se sentir fatigué.

Le 6 novembre, il éprouva une vive douleur dans la fosse iliaque gauche. A ce moment, il ne perçoit aucune tuméfaction. Les jours suivants, une grosseur apparaît augmentant de volume jusqu'à atteindre les dimensions de la main. Au niveau de la tumeur, la peau est rouge et chaude. Le malade souffre vivement, surtout les 8 et 9 novembre.

Le 9 novembre, le malade entre à l'hôpital, on lui met un pansement humide, qui calme les douleurs.

10 novembre, première opération. Sous chloroforme, incision de 8 centimètres au niveau de la tuméfaction. A quelques centimètres de profondeur, avant d'avoir atteint l'aponévrose, on donna issue avec le doigt à une très petite quantité de pus séreux, contenant de nombreuses bulles de gaz, sans odeur.

L'exploration montre que l'aponévrose et les différents plans de la paroi ont été perforés par le pus, et que le reste de la fosse iliaque est d'une dureté ligneuse. Ainsi se trouve confirmé le diagnostic d'abcès péri-intestinal provoqué par une perforation d'origine cancéreuse.

Les *suites opératoires* ont encore confirmé ce diagnostic. Tandis que la suppuration diminue rapidement, il persiste une sécrétion de liquide séro-sanguinolent fétide. L'induration de la fosse iliaque persiste. La plaie se rétrécit, mais le malade conserve une fistule par où sortent de temps en temps du pus, des gaz ou des matières liquides. Il se plaint de l'accumulation des gaz qui lui causent une douleur au niveau de la fistule. Malgré cela l'état général est bon. Le 21 décembre, le patient part pour l'Asile des convalescents de Vincennes. Mais il ne tarde pas à revenir à Lariboisière, toujours dans le même état. Pas de constipation. Une seule fois depuis son opération il a perdu un peu de sang.

2e opération. Le 11 février 1909. *Laparotomie exploratrice.* Incision oblique de la paroi parallèle à la cicatrice et située à 3 centimètres au-dessus. Cette incision mesure 22 ou 25 centimètres. Section des muscles et aponévroses. Section de l'artère épigastrique entre deux ligatures. Le bord externe du muscle grand droit est entamé, ce qui donne un jour des plus convenables pour explorer la tumeur.

On constate que l'intestin grêle adhère à la masse néoplasique. Celle-ci adhère à la fosse iliaque. Elle a le volume d'un poing de femme. Elle comprend le côlon iliaque et le côlon sigmoïde, de sorte qu'il n'y a plus d'anse flottante pour établir une anastomose iléo-sigmoïdienne. L'anastomose iléo-rectale elle-même serait rendue très difficile ou peut-être impossible par suite des adhérences, de sorte que, en cas d'occlusion, la seule opération possible serait l'anus artificiel établi sur le cæcum ou mieux sur le côlon transverse.

Etat actuel. — Actuellement, 29 août 1909, soit 10 mois après l'incision de son abcès et près de 5 ans après ses premières entérorrhagies, de Nog., me donne les nouvelles suivantes :

Au point de vue général, grande lassitude au moindre effort; au point de vue local, la fistule persiste toujours, donnant lieu aux mêmes désagréments, ce qui oblige le patient à se garnir fréquemment, surtout quand il travaille. Plus de sang dans les garde-robes.

L'appétit est excellent et peut-être, s'il pouvait le satisfaire, le malade pourrait-il reprendre des forces. Mais malheureusement ne pouvant se livrer qu'à des travaux mal rétribués, il souffre fréquemment la faim, et ainsi qu'il le dit lui-même, il n'est pas étonnant qu'avec un pareil régime son état général ne soit pas bien prospère.

Telles sont mes deux observations.

Limitant mon sujet au cancer du côlon iléo-pelvien, je passerai rapidement en revue la fréquence, les symptômes et le diagnostic des perforations cancéreuses.

Fréquence. — Nous avons vu qu'en chiffres absolus la perforation est rare au cours du cancer du gros intestin. Est-elle relativement grande pour le cancer de l'S iliaque ? C'est ce que je suis disposé à croire en me basant sur les chiffres d'Opin (5 perforations de l'S iliaque contre 4 du côlon et 2 du cæcum), et sur les faits que j'ai observés moi-même. Ces faits sont au nombre de 6 qui comprennent 3 cas de phlegmons et 3 cas de fistules. Les trois phlegmons siégeaient à gauche, deux sur l'S iliaque, ce sont ceux dont je vous ai lu l'observation, et un troisième qui m'a paru siéger sur le côlon descendant et qui fut opéré par mon collègue et ami Chifoliau dans le service de notre maître M. Reynier, à Lariboisière.

A ces trois phlegmons stercoraux, il faut ajouter deux cas de fistules viscérales et un cas de fistules de la fosse ischio-rectale. Parmi les fistules viscérales, l'une faisait communiquer l'S iliaque avec la vessie (ce sont des faits bien connus depuis les travaux de Chavannaz, Tuffier et Dumont), l'autre faisait communiquer largement l'S iliaque avec le vagin, de sorte que toutes les matières passaient par la voie vaginale. Quant au troisième cas, il concernait un cancer recto-sigmoïde très difficile à atteindre par le toucher et qui avait donné lieu à des fistules périnéales.

En dehors de ces faits, je n'ai observé aucun cas de phlegmon par perforation du cæcum, du côlon ascendant et du côlon transverse. Je suis donc fondé à croire les perforations d'autant plus fréquentes qu'on approche de la terminaison du côlon, opinion en contradiction avec celle exprimée par la plupart des auteurs, à savoir que les cancers du côlon droit sont des cancers végétants, mous et sujets aux perforations, tandis que les cancers du côlon gauche sont des squirres annulaires atrophiques, des cancers sténosants ou cancers à la ficelle, ordinairement dépourvus d'adhérences.

Maintenant que l'attention est attirée sur ces deux opinions contradictoires (dont l'une, la mienne, ne s'appuie évidemment que sur un très petit nombre de cas), l'avenir dira laquelle des deux est la vraie.

Symptômes. — Je ne passerai pas en revue les symptômes du cancer iléo-pelvien qui ont été très bien décrits par MM. Quenu et Duval, je dirai simplement un mot des signes de la perforation. Celle-ci se fait en général lentement, c'est la douleur qui attire l'attention du malade, puis la tuméfaction; la fièvre peut ne pas être très élevée. Dans d'autres cas, la perforation s'annonce par un frisson violent et une élévation brusque de la température; dans d'autres enfin, comme dans ma première observation, l'évolution se fait en deux temps, une phase subaiguë qui peut durer un mois ou deux, dans laquelle les signes du côté de la fosse iliaque rappellent ceux de l'appendicite avec son plastron caractéristique, puis une phase aiguë, avec frisson, température élevée, exacerbation des douleurs, qui indique que la suppuration a franchi la coque d'adhérences et est en train d'envahir le tissu cellulaire de la fosse iliaque ou la paroi abdominale.

Tantôt les signes de phlegmon de la paroi ne s'accompagnent d'aucun phénomène péritonéal, tantôt, au contraire, phlegmon et péritonite se combinent. Dans plusieurs observations nous voyons que c'est à cette dernière qu'a succombé le malade. La suppuration se propageant au muscle psoas peut déterminer de la flexion de la cuisse.

Suivant la virulence de l'infection, on peut observer tous les types de phlegmon, depuis l'abcès subaigu dont mon observation II est le type, évoluant sans fracas avec un minimum de signes fonctionnels et physiques, jusqu'au phlegmon gangréneux avec signes de septicémie gazeuse, d'érysipèle bronzé, ou de phlegmon diffus avec production de gaz dans le foyer, et signes concomittants de péritonite. Quand on tarde à intervenir, le pus peut se vider dans l'intestin (Thierry); ordinairement il est ouvert chirurgicalement, et suivant le cas on évacue « une faible quantité de pus séreux et sans odeur bien que contenant de nombreuses bulles de gaz » comme dans mon observation II, ou bien une faible quantité de pus [illegible] fétide (obs. I), ou bien une grande quantité [illegible]

pus horriblement fétide, mélangé de gaz et contenant des lambeaux de tissus gangrenés (type ordinaire).

Dans le fond de l'incision opératoire on sent ordinairement des masses indurées qui mettent sur la voie du vrai diagnostic lorsque ce dernier n'a pas été posé d'avance.

Dans les jours qui suivent l'opération, le pansement est imbibé d'une grande quantité de sérosité sanguinolente très fétide (obs. I et II).

Les matières intestinales n'apparaissent, en général, dans le pansement qu'au bout de quelques jours. M Tuffier suppose que, dans ce cas, l'abcès primitivement développé dans des ganglions mésentériques s'est ouvert secondairement dans l'intestin. Sans nier la possibilité de ce mécanisme, il me paraît plus conforme aux faits d'observation courante, de supposer que si les matières ne passent pas dans l'abcès, c'est à cause de l'étroitesse de la perforation, à cause des sinuosités du trajet et surtout de la tension élevée de l'abcès qui tend à s'ouvrir dans l'intestin où la pression est très peu élevée. Ce n'est qu'après évacuation de l'abcès que la pression devenant nulle dans ce dernier, le contenu de l'intestin a tendance à passer par la plaie. Cette explication a l'avantage de s'appliquer à toutes les perforations, non seulement à celles de l'intestin, mais encore à celles de l'urèthre et des différents conduits et cavités de l'organisme dans lesquels la tension est ordinairement peu élevée.

L'écoulement des matières par la plaie est d'ailleurs ordinairement des plus médiocres, sauf dans les premiers jours, parce qu'à ce moment, la plaie est largement ouverte. Au bout de quelque temps l'orifice intestinal s'encombre de bourgeons cancéreux, la plaie abdominale se rétrécit et la fistule ne donne plus passage qu'à un peu de pus fétide, aux gaz et aux matières liquides.

Ce qui montre que la paroi joue le rôle principal dans l'abondance de l'écoulement, c'est que lorsque la fistule se fait dans la vessie et surtout dans le vagin, la totalité des matières peut suivre la nouvelle route sans jamais diminuer.

La sécrétion devient ordinairement de moins en moins abondante, à moins que les bourgeons cancéreux n'envahissent la plaie. Toutefois, cette sécrétion reste toujours très fétide, car elle provient de l'ulcération cancéreuse.

La fistule peut se rétrécir de plus en plus, au point de se fermer pendant des périodes assez longues. D'autres fois elle se rouvre au bout de peu de temps en donnant passage à des fongosités cancéreuses qui s'étalent en volumineux chou-fleur au-devant de la paroi abdominale (obs. II).

La mort est le terme inexorable auquel l'affection conduit plus ou moins vite. Elle peut survenir en quelques mois comme dans notre première observation où tout était réuni pour une prompte terminaison fatale : jeune âge du sujet, forme végétante, infection des masses cancéreuses. Elle peut tarder longtemps dans les formes dures, et la présence d'un cancer fistuleux peut être compatible avec les apparences de la santé générale comme dans ma seconde observation. Elle peut se maintenir telle pendant plusieurs années, au point que la masse diminuant de volume, on peut se demander s'il s'agissait bien d'une tumeur cancéreuse et non de masses inflammatoires.

Diagnostic. — Le diagnostic peut être difficile lorsque les signes rationnels du cancer viennent à manquer, comme dans les faits relevés par M. Tuffier où le phlegmon stercoral paraît être le premier signe en date de l'affection; de même dans un cas relaté par M. Laveran, où les symptômes intestinaux manquant totalement, on avait pensé à une adénopathie tuberculeuse, de la fosse iliaque.

Dans mon premier cas, le diagnostic était ardu. Le sujet n'avait que 29 ans (celui de Laveran n'en avait que 25), il était tuberculeux (comme celui de Laveran). J'avais donc de bonnes raisons de penser à la tuberculose. Mais il avait depuis plus d'un an des pertes de sang très abondantes, parfois des selles uniquement composées de sang, avec en plus des signes de rétrécissement d'intestin. C'est sur la répétition des hémorragies et sur leurs caractères que je me basai pour faire le diagnostic de cancer probable. Notons ici en passant que l'examen recto-sigmoïdoscopique ne révéla que des hémorroïdes haut placées et faillit nous induire en erreur en attribuant les pertes de sang à ces tumeurs veineuses.

Dans mon second cas, j'étais prévenu: bien que le patient n'accusât de lui-même aucun trouble intestinal et parût jouir d'une santé parfaite je flairai encore le cancer, et je ne tardai pas à découvrir d'abondantes hémorragies rectales qui avaient été mises, comme dans le cas précédent sur le compte d'hémorroïdes. A noter que dans ce cas il n'y avait aucun signe de rétrécissement intestinal, ce qui aurait pu rendre le diagnostic embarrassant s'il n'y avait eu pour nous guider les hémorragies intestinales.

Quand le diagnostic n'a pas été posé avant l'opération, il est fait généralement au cours de celle-ci, ou en tout cas à la période de fistule lorsqu'il persiste une tumeur dure bosselée et immobile dans la fosse iliaque interne.

Le diagnostic, d'une façon générale, s'appuiera sur les signes de rétrécissement tels que épreintes, coliques, ballonnements, expulsion de sang et de glaires, de matières rétrécies... On se rappellera que le jeune âge n'est pas une raison suffisante pour éliminer le cancer.

Les caractères de la tumeur, sa fixité, ses bosselures, sa dureté seront parmi les meilleurs signes, la présence d'hémorragies non expliquées par une autre cause complètera la certitude. L'apparition de fièvre, de frissons, de nausées, d'élancements douloureux avec développement d'un plastron feront diagnostiquer la perforation avec formation d'un phlegmon stercoral probablement gazeux et gangréneux avec comme corollaire l'obligation d'inciser de bonne heure sous peine de voir éclater des accidents formidables.

Traitement. — Il tient en deux mots : incision large et précoce. Le traitement du cancer lui-même est purement palliatif. Si le rétrécissement est serré, si le patient présente de l'occlusion chronique, on fera l'anus contre nature.

Toute opération radicale, est à peu près condamnée d'avance, l'entéro-anastomose ellemême sera rarement praticable.

Conclusions. — Le cancer *térébrant* du côlon iléo-pelvien, moins fréquent sans doute que le cancer purement sténosant, est bien loin d'être rare et ses complications telles que phlegmons de la paroi et fistules viscérales méritent de devenir classiques.

Le cancer térébrant peut passer inaperçu jusqu'au jour où il donne lieu à un phlegmon de la paroi (Tuffier), mais en fouillant bien les antécédents du malade, il est rare que l'on ne trouve pas quelque trouble intestinal mettant sur la voie du diagnostic.

En tout cas, en présence d'un phlegmon de la fosse iliaque il faut toujours songer à une origine intestinale possible.

Quand on a éliminé l'adénophlegmon iliaque, le phlegmon symptomatique d'un corps étranger, il faut circonscrire le débat entre le diagnostic de cancer et de sigmoïdite. La forme de la tuméfaction et la marche de l'affection sont les meilleurs éléments de diagnostic. L'hémorragie intestinale appartient presque exclusivement au cancer. La fièvre et la douleur signifient perforation intestinale, sans permettre d'en préjuger la cause. La longue durée de l'affection avec conservation de l'état général ne permet pas d'éliminer le cancer, non plus que le jeune âge du malade. Une observation prolongée permet seule dans bien des cas de trancher le diagnostic.

Le pronostic du cancer térébrant du gros intestin est des plus graves. Les cancers compliqués de phlegmons ou de fistules, ne sauraient se prêter à l'opération radicale. Lorsque l'opération palliative sera indiquée, il faudra renoncer la plupart du temps, par suite d'impossibilité, à l'entéro-anastomose et se contenter de l'anus contre nature.

REVUE D'UROLOGIE

A propos d'une réaction de l'urine dans l' « épilepsie essentielle », par le docteur Ed. Crouzel, de La Réole (*Journ. de Méd. de Bordeaux*).

Au dernier Congrès de médecine, on ne s'est mis d'accord ni sur l'*étiologie* ni sur le *traitement* de l'épilepsie essentielle.

La *trépanation* a eu ses partisans, ainsi que *la ponction du canal rachidien*: de même, la *rœntgénisation* du cerveau et la *purgation à outrance*. La *sérothérapie* a eu de rares adeptes, qui n'ont pu produire que quelques observations peu concluantes. La cure de *désintoxication* a donné à certains observateurs des résultats très encourageants par le moyen de la réduction de la ration alimentaire complétée par le régime végétarien aussi intégral que possible.

Mes observations, déjà vieilles de quatre ans environ, sont de nature à fortifier et à justifier cette dernière méthode thérapeutique. J'ai remarqué, en effet, sur un grand nombre d'épileptiques pris dans le service de clinique de M. le professeur Pitres, à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, que leurs urines donnaient, dans la très grande majorité des cas, la réaction de l'*indicanurie*, avec réaction rose ou violette provoquée sans doute par un homologue supérieur de l'indigogène : le *scatoxyl-sulfate de potasse*, qui a les mêmes origines que ce dernier. L'urine doit être d'émission très récente, mais refroidie. On additionne celle-ci de quantité égale d'acide chlorhydrique et on agite fortement. Si on ajoute quelques centicubes de chloroforme et qu'on agite, par le repos ce dernier réactif se sépare et se dépose au fond du tube à essai avec une coloration rose, d'intensité variable et d'autant plus prononcée que l'urine a été émise à un moment plus rapproché de la crise du malade.

Ce *scatoxyl-sulfate* de *potasse* est-il d'origine hépatique ou intestinale? Je ne saurais le dire, mais il serait intéressant de le rechercher. Ce produit pathologique peut-il être incriminé comme élément causal unique ou contributif dans la production des crises du *mal comitial*, ou n'en est-il que la conséquence ? Je laisse à d'autres, plus autorisés que moi, le soin de le dire ou de le découvrir.

REVUE DE MÉDECINE VÉTÉRINAIRE

Sur le traitement des verrues, par A. Péron, de Moulins, vétérinaire départemental de l'Allier. (Soc. des Sciences médic. de Gannat.)

Dans le cours de l'exercice de la profession vétérinaire j'ai eu de nombreux cas de verrues ou fics à traiter chez les animaux. Toutes les médications employées contre les verrues de la peau restaient sans résultat dans la plupart des cas; il me fallait généralement avoir recours à l'extirpation et à la cautérisation et encore par-

fois y avait-il des récidives: il en résultait non seulement des délabrements importants, mais les chevaux qui avaient eu à supporter des excisions étendues ou répétées devenaient fréquemment méchants, surtout les juments.

Après de nombreuses recherches infructueuses, je parvins enfin à trouver une médication vraiment efficace.

Les verrues de la peau peuvent être plus ou moins profondes; parfois elles ne sont que superficielles et épidermiques, mais d'autres fois elles intéressent plus ou moins profondément le derme et même le tissu conjonctif sous-jacent.

Chez le cheval, il n'est pas rare de se trouver en face de verrues saignantes, enracinées dans le derme.

Lorsque les verrues sont à vif ou plus ou moins saignantes, on aura soin de les nettoyer et de les sécher, puis on les saupoudrera, tous les deux à trois jours, avec la poudre composée suivante :

Acide arsén. pulv. (ou sulf. d'arsen.)	2 gr.
Bichromate de potasse	5 —
Charbon de bois pulv.	2 —
Aloès pulv.	2 —
Gomme arabique	2 —

Si les verrues sont noyées dans l'épaisseur du derme ou recouvertes de cellules épithéliales non altérées, la poudre n'aura pas une adhésion suffisante, il y aura lieu de faire usage d'une préparation capable d'entraîner la mortification des parties que l'on veut atteindre.

L'onguent suivant m'a donné de merveilleux résultats chez le cheval et les autres animaux :

Acide arsén. pulv. (ou sulf. d'arsen.	20 gr.
Bi-chromate de potasse	10 —
Poudre de gomme	5 —
Axonge ou vaseline	50 —

On fait une application légère, tous les trois jours, sur les verrues en se servant d'un tampon d'ouate et en ayant soin de bien faire pénétrer la pommade, on évitera que l'onguent coule sur les parties qui ne doivent pas être atteintes, en les enduisant préalablement d'un corps gras.

On attachera ensuite l'animal de façon à ce qu'il ne puisse se frotter ou se mordre sur les régions traitées.

Tant en ce qui concerne l'emploi de la poudre que la pommade, il est indispensable de ne traiter qu'une petite surface à la fois, afin d'éviter les accidents pouvant résulter de la résorption arsenicale.

Le traitement ci-dessus ne peut être employé que lorsqu'il s'agit des verrues existant sur la peau et non sur celles qui intéressent les muqueuses en raison des empoisonnements et des dégâts qu'il pourrait déterminer.

La disparition des petites verrues papilliformes qui se trouvent fréquemment dans la gueule du chien, s'obtient d'ailleurs assez facilement en les badigeonnant au perchlorure de fer, ou à l'acide lactique ou avec une solution d'acide salicylique, médication que l'on complète par l'administration interne de magnésie calcinée et d'une solution arsenicale.

J'ai eu l'occasion d'expérimenter, en diverses reprises, l'onguent ci-dessus contre les verrues de la main de l'homme et il m'a paru constituer un véritable spécifique. Il suffit tous les deux ou trois soirs, en se couchant, de mettre sur les verrues une petite couche de pommade, que l'on fait pénétrer par de légères frictions, puis on a soin d'envelopper la partie traitée d'un linge fin ou de mettre un gant.

Il y aura lieu de ne traiter qu'une petite surface à la fois et d'empêcher que la pommade ne se répande sur les parties sur lesquelles son action ne doit pas s'étendre, en les enduisant d'un corps gras. L'application se fera à l'aide d'un tampon d'ouate, à moins que la préparation ne soit coulée en bâton et ne soit enveloppée et ait la consistance d'un cosmétique, auquel cas l'emploi en sera facilité sans que les doigts puissent avoir à en souffrir. — On donnera à cet onguent la consistance voulue, en remplaçant une partie d'axonge en vaseline par de la cire vierge.

Le traitement pourra être complété par l'administration interne de magnésie calcinée et de liqueur de Fowler ou de granules d'arséniate de soude.

CARNET DU PRATICIEN

Diphtérie

Aussitôt le diagnostic fait, et même avant dans les cas douteux, pratiquer *l'injection de sérum antidiphtérique*.

Le sérum de l'Institut Pasteur est contenu dans des flacons de 10 centimètres cubes; il ne doit pas être âgé de plus d'un an et doit garder une transparence parfaite.

Prendre toutes les précautions antiseptiques : seringue stérilisée; lavage du flacon avec de l'alcool, etc., et injecter à la dose suivante :

Chez les nourrissons : 5 centimètres cubes.

Chez l'enfant au-dessous de 3 ans : 10 centimètres cubes.

Chez l'enfant de 3 à 12 ans et chez l'adulte : 20 centimètres cubes.

Si l'infection est grave (croup et fausses membranes très étendues) on pourra, douze heures plus tard, faire une nouvelle injection de 10 ou 20 centimètres cubes.

En même temps, ne pas négliger les soins antiseptiques de la cavité bucco-pharyngée.

Grands lavages de la gorge, au moyen du bock à injection, avec un antiseptique :

Eau oxygénée ou liqueur de Labarraque :
(4 cuillerées à bouche par 2 litres d'eau bouillie)

Ces lavages seront faits toutes les deux ou trois heures tant que dure la fièvre; pendant les trois ou quatre jours qui suivent la défervescence, faire deux lavages : un le matin et un le soir; enfin il sera bon de faire encore un lavage quotidien tant que l'adénopathie persistera.

On pourra, comme adjuvant, utiliser les inhalations ou les pulvérisations :

Teinture d'eucalyptus	150 grammes
Teinture de benjoin	50 —
Menthol	3 —
Thymol	3 —
Goudron de hêtre	30 —

Ce mélange, mis à la dose d'une cuillerée à café dans un demi-litre d'eau bouillie sur un réchaud à alcool, maintiendra dans la chambre une atmosphère aromatique.

Dans les narines de l'enfant on mettra matin et soir :

Vaseline (ou huile) stérilisée	30 grammes
Menthol	0 gr. 30
Salicylate de soude	1 gramme

Après l'irrigation de la gorge, appliquer sur les organes de la cavité bucco-pharyngée le topique suivant, au moyen d'un tampon porté sur un bâtonnet :

Résorcine	1 gramme
Acide salicylique	1 —
Teinture d'eucalyptus	5 grammes
Glycérine	100 —
Eau	100 —

Le traitement général consistera dans les prescriptions hygiéniques : l'alimentation ne sera pas trop réduite. Ne pas prescrire de médicaments, sans indication spéciale.

Les *complications pulmonaires* seront traitées dès leur apparition. *L'asthénie cardiaque*, la tendance au collapsus nécessitent une thérapeutique active : injections d'huile camphrée, de caféine et surtout de strychnine (1/4 à 2 milligrammes par jour).

(Le Gendre.)

Erythème noueux

A l'origine de l'érythème noueux il y a une intoxication générale.

Or, supprimer les causes qui engendrent des produits toxiques est impossible. Aussi doit-on se borner à favoriser l'élimination des poisons.

On donnera du salicylate et du benzoate de soude, qui agissent comme éléments importants de la lutte antitoxique plutôt que comme des agents antirhumatismaux.

Salicylate de soude........ 4 grammes
A prendre dans les 24 heures, dans des infusions de feuilles de frêne.

Eu plus, régime lacté absolu.

On donnera un purgatif ne diminuant pas les urines.

Calomel.................. 0 gr. 40
En 4 paquets.

Donner à une heure d'intervalle, soit par dose de 0,05 toutes les heures, et alors on obtient moins de diarrhée et plus de diurèse.

Ou bien :

Sulfate de soude............ 30 grammes

qui augmente la quantité des urines.

Dans les cas graves, on conseillera les *ferments métalliques* qui augmentent l'élimination uréique, et l'action des ferments réducteurs et oxydants (injection intra-musculaire de 10 cc.).

Localement, faire des applications de la poudre suivante :

Oxyde de zinc	15 grammes
Amidon	60 —
Camphre pulvérisé	2 —

Us. ext.

(Dr A. Robin.)

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 17.500 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 33, rue J.-J.-Rousseau

Le Gérant : Docteur Lucien-Graux.

VILLES DE SAISON

CE QUI SE PASSE

Au Sénat

Un groupe inter-parlementaire pour la défense des intérêts des stations thermales et climatériques s'est constitué et a recueilli déjà une centaine d'adhésions. Son bureau a été ainsi composé : président, M. Astier, sénateur de l'Ardèche; vice-présidents, MM. Pédebidou, sénateur, et Schmidt, député; secrétaires, MM. Jacquier et Gacbet.

ÉCHOS

A l'Ecole de pharmacie.

M. Henry Gautier, l'éminent professeur de chimie minérale, vient d'être élu directeur de l'Ecole de pharmacie. On sait la haute valeur scientifique et la grande culture intellectuelle de cet excellent professeur. On ne peut que féliciter l'Ecole de ce choix particulièrement heureux.

A la Société de médecine de Paris.

Le bureau est ainsi constitué pour 1911 :

Président, M. Cayla; vice-présidents, MM. Bourdel, Caron de la Carrière et Castex; secrétaire général, M. Paul Guillon; secrétaire général adjoint, M. Mortier; secrétaires de séances: MM. Blanche, Blondin, Duclaux et Gigon; trésorier, M. Monel; trésorier adjoint, M. Nigay; archiviste, M. Debricode; membres du Conseil d'administration : MM. Boursier, Buret, Butte, Helme, de Molènes, Reynier, Roulin; membres du Comité de publication : MM. Cazin, Dabout, Ducor, Le Fur, Letulle, Lutaud, Millen, Miuet, Ozenne, Régis.

Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux.

Le bureau pour 1911 est ainsi constitué :

Président, M. Loumeau; vice-président, M. F. Lagrange; secrétaires des séances, MM. G. Dupond et Cabannes; trésorier, M. Peyre; archiviste, M. Ménean.

Conseil d'administration, MM. Monod, Chambrelent, Verdelet, Bégouin.

Conseil de famille, MM. P. Carles, Mongour, Davezac, Dupuy, Courtin.

Université de Toulouse. — Bibliothèque Médecine-Sciences.

Un incendie d'une extrême violence a détruit, le 27 octobre dernier, la Bibliothèque universitaire de Toulouse (sections des sciences médicales et des sciences naturelles, chimiques, physiques, mathématiques). Le nombre des ouvrages disparus dépasse 150.000.

Au nom de la solidarité unissant ceux qui se sont voués à la recherche de la vérité scientifique ou travailleut à son expression, l'Université de Toulouse adresse un appel à tous les savants, à tous les éditeurs, à tous ceux qui comptent parmi les serviteurs de la science mondiale !

Elle leur demande — sûre d'être entendue — de vouloir bien contribuer à la reconstitution du plus précieux de ses instruments de travail anéantis en lui offrant soit leurs publications médicales ou scientifiques (ouvrages, thèses, tirages à part, brochures, etc.), soit les livres ou recueils dont ils pourraient disposer.

Les envois, même les plus minimes, seront tous reçus avec reconnaissance !

Un legs pour les recherches relatives au cancer.

M. G. Crocker, qui vient de mourir à New-York, a légué une somme de dix millions de francs, qui devra être employée à des recherches thérapeutiques relatives au cancer.

La mortalité des enfants du premier âge, dans quelques pays d'Europe.

Sur 1.000 enfants venus au monde vivants, le nombre de ceux qui sont morts avant d'avoir atteint l'âge d'un an a été de :

67 en Norvège;	156 en Italie;
77 en Suède;	178 en Allemagne;
108 en Suisse;	199 en Hongrie;
121 en Angleterre;	202 en Autriche;
143 en France;	272 en Russie.

Voici, d'autre part, les taux de mortalité par 1.000 enfants âgés de moins d'un an, dans quelques grandes villes de l'Europe :

91 à Stockholm;	174 à Bruxelles;
95 à Amsterdam;	183 à Vienne;
95 à Zurich;	186 à Marseille;
105 à Paris;	192 à Munich;
113 à Londres;	194 à Breslau;
156 à Copenhague;	217 à Bucharest;
156 à Hambourg;	356 à Moscou;
168 à Berlin;	

La statistique du cancer. — Feuille d'enquête internationale.

Voici un modèle de feuille d'enquête proposé par M. George Meyer (de Berlin), rapporteur de la conférence du cancer.

Nom du pays ou du comité national. . . . . . .
Adresse du bureau, etc. . . . .

FEUILLE DE DÉCÈS PAR CANCER (1)

A. — *Renseignements personnels.*

1. *Nom et prénoms* du décédé (initiale seulement). .
2. *Sexe* (masculin. féminin) (2). . . . .
3. *Jour* de la mort. . . . .
4. *Age* : né le . . . (si on ignore la date de naissance, donner l'âge en années : âgé de . . ans).
5. *Situation familiale* : célibataire, marié, veuf, divorcé. . . . .
7. Dernier *métier* ou *profession* . . . métiers ou professions antérieures . . . .
8. a) *Dernier domicile* et, s'il y a lieu, domicile au moment où la maladie s'est déclarée (nom, numéro, étage, sur rue, sur cour, etc.). . . . .
   b) *Autres domiciles* durant les cinq dernières années. . . .

B. — *Renseignements médicaux.*

9. *Antécédents personnels importants* (en particulier, syphilis et tuberculose). Y a-t-il eu abus d'alcool ou de tabac? . . . .
10. a) *Siège et forme histologique* de la tumeur primitive (y a-t-il eu examen microscopique? Oui . non. . . . . avec quels résultats?). . . . .
    b) L'organe primitivement atteint était-il modifié par d'autres lésions antérieures? S'il y eut des récidives, où siégeait la tumeur primitive ? . . . .
11. a) *Date du début apparent* de l'affection dans l'année (donnez une indication exacte, si possible) . . . .
    b) Quel a été le *premier symptôme* net? . . . .
12. Y a-t-il eu *plusieurs cas de cancer* dans la *même maison*, au même moment? . . . .
13. Y a-t-il eu *opération* ou bien un autre traitement local par les rayons X, le radium, etc? . . .
    Quelles ont été les *opérations* et *quand* ont-elles eu lieu? . . . .
    Quel résultat local ou général ont-elles eu? . . .
    Y a-t-il eu des *récidives* ou des *métastases*? Quand et où? . . . .
14. Y a-t-il eu *autopsie*, oui ou non? . . . .
    Quels *résultats* a-t-elle donnés? . . . .
    Y a-t-il eu *examen microscopique*? oui ou non, et avec quels *résultats*? . . . .
    Quelle a été la *cause apparente* du cancer? (Signalez, s'il y a lieu, les cas de cancer dans la famille; donnez les raisons d'une contagion éventuelle; indiquez les traumatismes et leurs dates, ainsi que les diverses causes d'irritation chronique, telles que port de pessaires, ulcères de l'estomac, mammites, nombre d'accouchements, etc.) (3). . . . .

A. . . . . . . , le . . . . .

Signature du médecin.

Contre le duel.

M. l'abbé Lemire a déposé une proposition de loi relative au duel.

Aux termes de cette proposition, le duel doit être considéré comme un délit. Les témoins du duel seront passibles de peines sévères : amende et emprisonnement. Il sera, en outre, interdit aux journaux de publier les comptes rendus et procès-verbaux relatifs aux duels, provoqués ou consommés, sous peine d'une amende de 500 à 2.000 francs.

(1) Devra être considéré comme cas de mort par cancer, tout cas de mort chez un cancéreux, même lorsque la mort proviendra d'une autre cause (suicide, etc.).
(2) Chez les femmes, indiquer le nom de jeune fille. On barrera simplement les indications qui ne conviennent pas.
(3) Si la place laissée pour les remarques ne suffit pas, prière de les continuer sur une feuille blanche ajoutée.

1er Congrès des Journalistes médicaux français, organisé par l'Association des Journalistes médicaux français (Paris, 23 mars 1911).

PROGRAMME : Le premier Congrès des Journalistes médicaux français s'ouvrira à Paris, le jeudi 23 mars 1911, à neuf heures du matin, dans une salle de l'Hôtel des Sociétés savantes, rue Danton.

Questions. — Les questions mises à l'ordre du jour sont les suivantes : 1° du droit de reproduction des articles médicaux, rapporteur, M. Vitoux; 2° rapports de la presse médicale avec les Congrès et autres manifestations intéressant l'art et la pratique de la médecine, rapporteur, M. Ausset; 3° organisation d'une caisse de secours immédiat, rapporteur, M. Duchenne (de Chatel-Guyon); 4° usurpation du titre de docteur, rapporteur, M. Dieupart; les rapports seront distribués à l'ouverture du Congrès.

Communications. — Les titres des Communications devront être adressés au secrétaire général, le docteur Cabanès, 9, rue de Poissy, à Paris, avant le 1er février 1911.

Banquet. — Un banquet par souscription aura lieu à l'issue des travaux du Congrès, le même jour, à sept heures trois quarts.

Conditions d'admission. — Le Congrès comprend : 1° des membres adhérents français ; 2° des membres adhérents étrangers (ces derniers ne paient pas de cotisation).

Cotisation. — Le prix de la cotisation est fixé à six francs. Les membres de l'Association des Journalistes médicaux français qui participeront au Congrès seront exonérés de la cotisation pour 1911.

Les adhésions accompagnées d'un mandat-poste de six francs devront être adressées avant le **1er février 1911 au docteur F. Le Sourd, trésorier, 49, rue Saint-André-des-Arts, à Paris, 6e.**

Réduction sur les chemins de fer. — Des réductions de tarif seront demandées aux Compagnies de chemins de fer. Les souscripteurs sont priés d'envoyer aussitôt que possible et en tout cas avant le 1er février 1911 les demandes, afin que les démarches puissent être faites en temps utile.

82e Année (Série XIIIe) — N° 76 Le Numéro : 25 Centimes Mercredi 11 Janvier 1911

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

Abonnements et Vente au Numéro
Librairie Médicale J. ROUSSET
1, Rue Casimir-Delavigne
PARIS

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale......... 15 fr.
Edition Espagnole .... 10 fr.
Edition Portugaise.... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

DIRECTION & RÉDACTION
11 bis, Rue Villebois-Mareuil, PARIS
DIRECTEUR :
Dr LUCIEN GRAUX
Lauréat de l'Institut

Ancienne *Gazette de Santé*
(139e Année)

Hors concours, Membre du Jury
Exposition franco-britannique 1908
Vice-Prés. Expos. Bruxelles Cl. 16

ÉCHOS

Alcoolisme et criminalité.

L'influence de l'alcoolisme sur la criminalité n'est plus à démontrer.

Les statistiques établissent en effet que dans les pays où l'alcoolisme fait des progrès, le nombre des délits et des crimes augmente.

Toute une série de chiffres apportés au dernier congrès des médecins aliénistes de Bruxelles par MM. Ley et Charpentier montrent d'une façon éclatante combien la criminalité diminue dans les pays qui ont décrété la prohibition de la vente des boissons alcooliques

Dans l'Etat de Birmingham, aux Etats-Unis, où cette prohibition a été décidée en 1908, on constate que les arrestations policières diminuent considérablement, dès cette même année, par rapport aux années précédentes.

	1906	1907	1908
Ivresse	1.277	1.434	396
Outrage aux mœurs	1.147	912	602
Coups et blessures	792	738	463
Meurtres	56	65	29
Mendicité	31	17	2
Vols	653	618	537
Jeu	479	441	271
Vagabondage	361	398	267

Dans l'Etat du Nord-Dakota, on constate :

	Neuf mois avant la prohibition		Neuf mois après la prohibition	
	Six petites villes	Sept grandes villes	Six petites villes	Sept grandes villes
Ivresse	319	1.492	66	302
Coups, batailles	223	535	60	435
Autres causes	192	1.545	108	699

L'expérience contraire a été faite dans un certain nombre d'Etats américains. L'abandon des mesures prohibitives a provoqué immédiatement la recrudescence de la criminalité.

Dans l'Etat de New-Hampshire, après une période de prohibition pendant laquelle la population correctionnelle était descendue au chiffre de 473, on a autorisé à nouveau la vente des boissons alcooliques.

Un an après la population des asiles de correction était montée à 838 individus et quatre ans plus tard ce chiffre atteignait le total de 2.151 condamnés.

L'argent manque pour les hôpitaux.

Par contre, on va reconstruire la prison de Toulon. Cela coûtera 640.000 francs : ce qui met la cellule à 8.000 francs.

POSTES MEDICAUX

DEMANDES

Il n'est donné de réponses que par lettres.

Docteur reprendrait dans banlieue de Paris, poste 15.000 francs, paierait comptant. (437)

Docteur cherche poste moy. import. Seine-et-Oise, Loiret, Eure-et-Loir, Eure, Oise. (641)

Docteur cherche bon poste 10.000 touchés Centre et Ouest, paierait comptant. (338)

Docteur d'un certain âge cherche clientèle près de petite ville, 8 à 12.000 Centre, Est, ou Paris. (342)

Médecin Marine, retraité 3 galons, cherche client. sérieuse Paris, quartier riche, paierait tout comptant. (443)

Médecin dentiste (diplôme médecin français), 44 ans, 20 ans de pratique, références de 1er ordre, demande à diriger ou poste d'opérateur dans important cabinet dentaire à Paris ou grande ville. Très au courant des opérations avec anesthésie. Dirigerait également atelier de prothèse même cabinet. (540)

Médecin militaire près retraite, traiterait de suite poste près Paris ou gra. ville, paierait comptant. (645)

Docteur disp. capitaux s'intéresserait ou prendrait suite maison santé, clinique ou spec. sérieuse. (344)

Docteur en médecine et pharmacien cherche bon poste où il pourrait faire la pharmacie dans n'importe quelle région, paierait tout comptant, est assez pressé. (460)

Jeune Docteur ayant les deux diplômes de médecin et de pharmacien, ne voulant pas faire de clientèle, accepterait situation dans maison de spéc. phar. ou autres pr utiliser diplômes. (464)

Docteur cherche *poste sérieux dans station balnéaire ou ville d'eaux*. Paierait tout comptant. (35)

Docteur cherche poste de repos dans *région agréable du Centre ou du Midi.* (33)

Docteur, interne des hôpitaux, cherche importante *clientèle à Paris* dans quartiers riches, dispose de gros comptant. Pressé. (32)

OFFRES

Nous prions les confrères qui voudraient céder leurs clientèles maisons de santé, cliniques, etc. et les pharmaciens qui cherchent des commanditaires pour leurs spécialités de nous écrire au Journal.

SEINE. — Dans agréable localité, à céder poste donnant 15.000 francs touchés ; suscep. d'augm. peu de comptant et facilités pour le reste à doct. capable et actif. (842)

EURE. — Seul dans le pays, clientèle de 16 à 18.000 touchés, fixes 5.400 francs, céderait pour 15.000 francs comptant, cesse d'exercer. (845)

EST. — A céder de suite dans localité importante, clientèle facile de petit centre, à la campagne, 16.000 francs touchés, fixes 4.000 francs, demande 10.000 francs comptant, maison entière et jardin. (843)

NIÈVRE. — Poste sérieux donnant entre 16 et 20.000 francs touchés. Clientèle agréable et sûre, installation confortable avec cour, écurie, remise, etc., cède pour cause de maladie. Pressé. (844)

ORNE. — Campagne, région riche, 11.000 touchés 1.500 de fixes, céderait. Prix 4.000 fr. moitié comptant. (846)

RÉGION DE L'OISE. — Pays de culture et d'industrie, population à visiter 6 à 7.000 habitants, fait la pharmacie. Recettes 15.000 francs environ, cheval et voiture, loyer 700 francs, très grand jardin potager, installation confortable. Prix 5.500 francs dont 3.500 comptant. Cheval et voiturette à 4 roues, 1 500 francs. (847)

ARDÈCHE. — Seul pour une population de 8.000 habitants au moins. Recettes 9.000 francs (dont 1.200 de fixes) peuvent facilement être augmentées, confortable appartement etc., donné gratuitement par la commune, 1 auto. Indemnité demandée 3.500 francs, moitié comptant. Prix de l'auto à débattre. (848)

PARIS. — Clientèle donnant 14.000 francs touchés, augmentation certaine avec confrère acif, quartier populeux, appartement confortable, on céderait mobilier ou non matériel du cabinet ? comptant minimum demandé 10.000 francs. (916)

SEINE-ET OISE. — Localité bien desservie, clientèle très transmissible donnant 24.000 touchés, présentation à volonté. Prix à débattre, tout comptant. (936)

CORRÈZE. — Dans une grande ville, superbe installation moderne, important *cabinet dentaire* a fait 50.000 francs, loyer 1.500 francs, électricité et eau dans toute la maison. Prix à débattre selon comptant. Pressé, conditions avantageuses et facilités. (925)

PARIS. — Cause de maladie, dans beau quartier sur boulevard, clientèle de médecine et de gynécologie. Recettes 14 à 15.000, loyer peu élevé, à céder à des conditions très avantageuses. Il faut disposer de 8.000 comptant pour traiter. (920)

VAR. — A céder, pr cause de maladie, littoral médit., clientèle composée excl. d'hiver, donnant 15.000 francs touchés, de nov. à mai. Prix 8.000, très pressé. (832)

HAUTE-SAONE. — Excellente clientèle de chef-lieu de canton, très transmissible, 14 à 15.000 touchés, maison entière, jardin, remise, écurie, etc. Indemnité demandée 8.000 moit. compt., cheval, voiture à la vol. du suc. (836)

PARIS. — Docteur, directeur de maison de santé chirurgicale située dans quartier riche, demande un Docteur ass. ou un comm. même non médecin. (807)

PARIS. — Clinique, installation luxueuse, dans quartier *central*, demande associé Docteur pour seconder le médecin directeur, apport à déb., gros bénéfices. (810)

PARIS. — On céderait bonne clientèle de quartier, conviendrait à docteur au courant de la gynécologie, il faut disposer de 8 à 10.000 comptant, longue présentation. (828)

ÉCHOS

A la Société de Thérapeutique.

La *Société de Thérapeutique* vient de décerner sous la forme d'une médaille d'or, le prix de 1910 à notre directeur scientifique M. Moureu, professeur à l'École de pharmacie, pour ses travaux sur les gaz rares et la radio-activité des eaux minérales françaises.

L'attribution du prix Saint-Yves Ménard est reportée à 1911.

M. le Dr Hirtz a été nommé vice-président pour l'année 1911, pour passer de droit président en 1913. Le bureau sera donc ainsi constitué en 1911 :

Président : M. Dalché.

Vice-présidents : MM. Benjamin et Hirtz.

Le budget de l'A. P.

Le budget de l'Assistance publique, pour 1911, se présente ainsi : service propre, 51.003.621 fr. ; compte d'ordre, 6.097.949 fr. ; bureaux de bienfaisance, 3.575.664 fr. ; fondations, 2.887.932 fr ; budget extraordinaire, 17.570.248 fr. Au total : 81.134.814 francs.

Nouveaux journaux.

Nous apprenons avec plaisir l'apparition de deux nouveaux journaux médicaux :

Biologica.

Cette revue étudie les grandes questions biologiques en insistant particulièrement sur les sciences paramédicales.

Nous avons sous les yeux le premier numéro et il est digne de l'éditeur M. Poinat, sa présentation est parfaite, papier, gravures, tout est bien. Le texte est très intéressant et il nous parait certain que cette véritable revue scientifique du médecin recevra le meilleur accueil.

D'ailleurs, nos lecteurs n'ont qu'à demander un numéro spécimen en découpant le bon gratuit de la page II, et ils pourront juger de la valeur de cette publication.

Chaque numéro du journal comprend :

1° Un ou plusieurs articles originaux demandés à des spécialistes, mais où chacun n'expose que les résultats les plus généraux de la science qui l'occupe, ceux qui peuvent intéresser tout homme cultivé et notamment le médecin ;

2° Une chronique dont le but est de mettre au point une nouvelle découverte ou une question d'actualité ;

3° Une revue scientifique, dans laquelle se trouvent résumés les principaux faits recueillis dans d'autres périodiques en donnant toujours l'indication précise de sa source, de façon que le lecteur puisse s'y reporter ;

4° Sous le titre de « Laboratoire du praticien », *Biologica* a entrepris l'inventaire des methodes et procédés les plus simples, pouvant être utilisés par le praticien dans son cabinet même, à l'aide d'un matériel élémentaire : la technique est décrite succinctement et les résultats sont mis sous les yeux du lecteur à l'aide de planches en couleurs ;

5° Enfin des informations, des nouvelles concernant les applications des sciences et une boite aux lettres où il est répondu aux demandes de renseignements émanant des lecteurs, à condition qu'elles présentent un intérêt général. Une dernière rubrique est réservée aux offres d'achat et de vente d'objets d'ordre scientifique, collections, instruments, etc., etc.

Æsculape

Une autre revue paraîtra le 15 janvier : *Æsculape* dont on parle beaucoup. Cette nouvelle revue aura de 48 à 64 pages, elle sera mensuelle, médicale et paramédicale et sera d'un grand format (in 4° jésus). Elle sera sur papier couché et sera très abondamment illustrée. De nombreuses primes assurent le remboursement intégral et réel de l'abonnement. Nous en avons vu la maquette. Ce sera une revue superbe. Là encore nous avons obtenu que ceux de nos lecteurs qui voudraient recevoir un numéro spécimen à titre gratuit n'auraient qu'à le demander en découpant le bon page II.

Vol de Microscope.

Le 14 septembre dernier, une surveillante du laboratoire central, à l'hôpital Saint-Louis, s'apercevait de la disparition d'un microscope « Leitz » et de deux autres objets, le tout d'une valeur de 500 fr. Ce microscope se trouvait dans une chambre spéciale dépendant de ce laboratoire.

Or, une seule personne était venue ce jour-là avant le vol dans cette pièce ; un externe qui faisait un remplacement à l'hôpital Saint-Louis. Il avait été vu alors qu'il entrait avec une serviette assez volumineuse, et l'on avait constaté qu'il était resté seul pendant un quart d'heure.

Le jeune homme, se voyant surveillé, s'était aussitôt débarrassé du microscope, qui a été retrouvé démonté en deux parties près de la dernière marche de l'escalier conduisant dans les caves du bâtiment de chirurgie. Mais l'oculaire de l'appareil avait été découvert dans le tablier de l'étudiant, qui n'avait pas eu le temps de s'en défaire.

Ce malheureux, qui appartient à une excellente famille, a déclaré au tribunal devant lequel il était poursuivi qu'il n'avait commis ce vol que pour procéder à des études dans sa chambre.

La 10e chambre correctionnelle l'a condamné à trois mois de prison avec sursis.

Nos annonces.

Nous engageons ceux de nos lecteurs qui voudraient expérimenter les produits annoncés dans ce numéro à écrire aux divers spécialistes, en découpant leurs annonces. Il sera réservé le meilleur accueil à leurs demandes.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Jurisprudence Médicale

Les enfants doivent les honoraires pour les soins donnés à leurs parents quoiqu'ils aient renoncé à l'héritage.

Extrait des minutes du greffe de la justice de paix du canton de Velines, arrondissement de Bergerac (Dordogne).

Du 20 avril 1910

(M. Paul Fraiche, docteur en droit, juge de paix.)

JUGEMENT :

Entre les sieurs J.-B. N..., docteur en médecine à Vélines, demandeur comparant en personne et par Me Marquis-Sébie, avocat, d'une part ;

Et 1° Madame Marie M..., aînée, s. p., épouse B..., et ledit B... son mari, qui l'autorise, demeurant et domiciliés ensemble à V... ;

2° Madame J. M..., s. p., épouse J. B... et ledit B..., son mari, qui l'autorise, demeurant et domiciliés ensemble à G...

Lesdits époux B... et B... comparant en personne et par Me Morand-Monteil, avocat, d'autre part ;

Par exploit de Me Martin, huissier à Vélines, en date du sept mars dernier, enregistré, le demandeur a fait citer les défendeurs à comparaître le neuf du même mois devant le présent tribunal, pour, est-il dit dans cet exploit :

Attendu que le requérant a donné au sieur Léon M..., leur père et beau-père, des soins médicaux ; qu'il lui est dû de ce chef la somme de deux cent cinquante-quatre francs ;

Attendu que pour mieux avoir paiement de ladite somme, toutes demandes ont été vaines ;

S'entendre lesdits époux B... et B... condamner à payer par moitié au requérant la dite somme avec intérêts légitimes du jour de la demande en justice,

S'entendre en outre condamner aux dépens.

Renvoi sur la demande des parties du neuf au vingt-trois.

A l'audience du 23 mars, Me Marquis-Sébie a conclu à ce que le bénéfice des conclusions prises par le Dr N... dans l'exploit introductif d'instance lui soit alloué. Il a prétendu que les honoraires du médecin étaient dus au fur et à mesure des visites par celui qui était tenu de la dette alimentaire, que la pension (du reste insuffisante quelques années après sa constitution) servie à M... en vertu d'une convention ne libérait pas ses enfants, et que la renonciation à la succession dudit M... ne les libérait pas davantage, parce que la dette contractée envers N... était fictivement née pour eux, avant le décès dudit M..., au fur et à mesure que N... lui donnait ses soins.

B... et B... ont tout d'abord déclaré autoriser leurs femmes à ester en justice, et Me Morand-Monteil a développé les conclusions suivantes :

Attendu que les concluantes ont renoncé à la succession de M... au greffe du tribunal civil de B..., le premier avril 1909 ;

Attendu que, si, en droit, les tiers sont censés connaître les renonciations qui ne peuvent être faites que dans un endroit déterminé et sur un registre public, en fait, le Dr N... ne l'ignore pas ;

Or, attendu qu'aux termes de l'art. 784 du code civil, l'héritier renonçant est censé n'avoir jamais été héritier ;

Attendu que les commentateurs du texte précité s'accorde t à reconnaître que l'héritier renonçant doit être considéré comme s'il n'avait jamais existé, relativement à la succession ;

Attendu que l'action formée par N... est non seulement mal fondée, mais vexatoire ;

Attendu que le Dr N... parait s'inscrire contre la renonciation sus-visée et prétend qu'elle ne lui est pas opposable, mais que le juge de l'action est juge de l'exception,

Par ces motifs et tous à déduire ou à suppléer :

Plaise à M. le juge de paix, de déclarer le Dr N... non recevable et mal fondé dans sa demande ; l'en débouter et le condamner aux dépens ;

Disant droit de la demande reconventionnelle des concluantes ; dire que leurs renonciations sont opposables au Dr N... ; dire que, par suite, elles sont étrangères à la succession de leur père ;

Condamner le Dr N... en cinquante francs de dommages-intérêts et aux dépens.

Me Morand-Monteil ajoute que l'assistance judiciaire fut refusée à M... quelques années avant sa mort, pour plaider en augmentation de pension, ce qui prouve que le bureau d'assistance trouvait la pension suffisante.

Me Marquis-Sébie réplique que le jour de la convocation, M... ne put se rendre pour cause de maladie et que la décision du bureau ne préjuge rien, puisque c'est un simple défaut contre le demandeur.

Le Tribunal renvoie le prononcé de son jugement au 6 et ensuite au 20 avril.

La cause en cet état.

Vu l'exploit introductif d'instance en date du 7 mars ;

Ouï les parties en leurs observations, les avocats en leurs conclusions ;

Attendu que le Dr N... a assigné les époux B... et B... en paiement d'une somme de deux cent cinquante-quatre francs pour soins médicaux prodigués audit M..., leur père et beau-frère ;

Attendu que les époux B... et B... répondent à la demande de N... qu'ils ne lui doivent rien, car ils ont renoncé à la succession et que, considérant sa demande comme vexatoire, ils font une demande reconventionnelle en 50 francs de dommages-intérêts ;

I. Statuant sur la demande principale ;

Attendu qu'il est constant que, si les époux B... et B... ont fait en mil neuf cent un à M... une pension viagère à titre d'aliments, cette pension (600 frs.), qui lui permettait de pourvoir à ses besoins dans les premières années de sa constitution, était devenue manifestement insuffisante depuis de nombreuses années par suite de l'état maladif de M... ; qu'au surplus cette pension était loin d'être en rapport avec la brillante situation de fortune des héritiers ;

Attendu qu'il est constant également que, quelques années avant sa mort, M ., réclamait l'assistance judiciaire pour obtenir une augmentation de pension et que le bureau d'assistance se borna à donner défaut contre lui pour ne s'être pas rendu le jour de la convocation pour cause de maladie et qu'il n'est donc pas exact que l'assistance judiciaire lui fut refusée, comme l'ont prétendu les défenseurs ;

Attendu que la doctrine et la jurisprudence sont pour ainsi dire unanimes à reconnaître l'obligation, pour celui qui est tenu d'une dette alimentaire, de fournir à son créancier des soins médicaux qui ne sont que l'accessoire de l'obligation dont le principe est reconnu dans les art. 205 et 208 du Code civil, les soins médicaux étant pour ainsi dire aussi utiles aux vieillards que la nourriture ;

Attendu que s'il est vrai que la dette alimentaire s'éteigne par le décès du créancier, le médecin qui l'a soigné ne saurait être forclos, par sa mort, du droit de réclamer ses honoraires, sa créance étant née au fur et à mesure des soins fournis, c'est-à-dire à une époque où la dette existait encore ; que les époux B... et B... allèguent en vain la renonciation qu'ils ont faite à la succession de leur père et beau-père, car le médecin a toujours contre le débiteur une action née de la gestion d'affaires, s'il a soigné le malade comme le débiteur aurait dû le faire (Aubry et Rau, t. VI, § 553) ;

Attendu d'autre part qu'il est constant, dans l'espèce soumise à notre appréciation, que le Dr N... ne réclame que dans la mesure où il a fait l'affaire des débiteurs, car sa note est si peu élevée pour le grand nombre de visites qu'il a faites dans un long espace de temps, que le tribunal ne peut que l'admettre *de plano*, en présence de la non-contestation à ce point de vue de la part des défendeurs (1) ;

Attendu qu'il y a donc lieu d'admettre la demande de N... et de condamner les époux B... et B... à lui payer la somme réclamée et aux dépens ;

II. Statuant sur la demande reconventionnelle.

Attendu que la demande principale étant admise, la demande reconventionnelle ne repose sur aucun fondement et qu'il y a lieu d'en débouter les défendeurs ;

Pour ces motifs, nous, Paul Fraiche docteur en droit, juge de paix du canton de Vélines, arrondissement de Bergerac (Dordogne), étant en notre prétoire en audience publique à Vélines, assisté de Me Jean-Charles Dubois, greffier, faisant droit aux parties, et jugeant par jugement contradictoire et en dernier ressort, condamnons les époux B... à payer à N..., la moitié de la somme réclamée, c'est-à-dire cent vingt-sept francs et la moitié des dépens, et les époux B... à payer à N..., la somme de cent vingt sept francs et l'autre moitié des dépens.

Ainsi jugé et prononcé en audience publique à Vélines, le vingt avril mil neuf cent dix.

Signé : P. Fraiche, juge de paix, et Ch. Dubois, greffier.

(1) Les visites étaient échelonnées d'année en année depuis 1896.

PROTHÈSE NASALE

Par le Docteur LAGARDE, de Paris

Dans un siècle où l'esthétique paraît une qualité indispensable pour la réussite de toute chose, la médecine ne pouvait manquer d'être mise à contribution pour remédier à certaines laideurs et à des difformités inesthétiques d'origine naturelle, traumatique ou pathologique.

Parmi ces difformités, il en est, celle du nez en particulier, qui se signalent par leur fréquence et leur aspect singulièrement disgracieux. Cela est d'autant plus regrettable



Fig. 1. — Avant le traitement.

que le nez est en quelque sorte la clef de voûte du visage et que ses particularités contribuent pour beaucoup à lui donner ses deux attributs principaux : le caractère et l'expression.

Sans parler d'esthétique pure, il est certain que toutes ces formes plus ou moins bizarres d'un organe aussi en évidence que l'est le nez, constituent pour les individus à nez difforme une sorte de déchéance au point de vue organique et les placent souvent en dehors des conditions ordinaires de la vie de relations. C'est ainsi que les déformations typiques qu'entraînent fréquemment à leur suite les délabrements de la charpente osseuse ou cartilagineuse, délabrements causés par la scrofule et la syphilis, les marquent



Fig. 1. — Après le traitement.

comme d'un signe infamant qui dévoile aux yeux de tous la tare organique dont ils sont affligés.

Les rapports naturels de la beauté et de la santé vont nous ramener de cette incursion



Fig. 2. — Avant le traitement.

dans le domaine esthétique vers des considérations plus médicales. Un nez bien fait est indispensable à l'une des fonctions les plus importantes de l'organisme, la respiration. Très souvent les difformités nasales externes entraînent avec elles des malformations internes qui obstruent le canal nasal, entravent la fonction respiratoire et provoquent toute une série de troubles : insuffisance de développement thoracique, hématose défectueuse, catarrhe tubaire et complications du côté de l'oreille moyenne, pharyngite granuleuse, etc., etc.

Parfois aussi ces malformations nasales ont pu assez fréquemment causer des trou-



Fig. 2. — Après le traitement.

bles psychiques graves et provoquer la neurasthénie.

C'est donc aux différents points de vue esthétique et social, psychique et physiologique, que la chirurgie doit s'intéresser à l'aspect extérieur du nez, et pouvoir à l'occasion le restaurer, modifier sa forme et en rétablir l'intégrité fonctionnelle.

Il n'y a pas bien longtemps encore, la chirurgie, sans parler de rendre joli un nez quelconque, n'aurait pas osé corriger une malformation.

En effet, toute intervention sanglante laisse une cicatrice plus ou moins visible, souvent plus désagréable à la vue que la difformité primitive.

Ainsi qu'un nez fût trop gros ou trop long, échancré, busqué ou dévié, que sa forme eût un défaut fâcheux pour l'agrément de la physionomie, la cause de troubles nerveux, ou de troubles respiratoires, la chirurgie prudente et pondérée se considérait comme désarmée.

La spécialité rhinologique, au contraire, s'est enrichie ces dernières années de quelques techniques spéciales, minutieuses, délicates, lui permettant de remédier à toutes les petites difformités qui enlaidissent l'individu, le mettent en état d'infériorité dans la lutte pour la vie ou bien provoquent dans son organisme des troubles nerveux ou respiratoires.

Parmi ces méthodes nous exposerons brièvement la *Prothèse paraffinique*, la *Chirur-*



Fig. 3. — Avant le traitement.

gie endo-nasale, et la *Prothèse chirurgico-paraffinique*.

I. — Prothèse paraffinique

La prothèse par les injections de paraffine est à juste titre considérée comme la plus ingénieuse et la plus simple des méthodes de rhinoplastie.

Elle consiste dans l'introduction sous la peau d'une substance modelable qui conserve indéfiniment la forme qu'on lui a donnée.

Par ce procédé, il devient possible de reconstituer la charpente nasale osseuse ou cartilagineuse, quand elle est absente, d'en corriger la forme si elle est défectueuse.



Fig. 3. — Après le traitement.

Sans doute, au début, le prin-[illegible] suny, mal compris et ma[illegible] opérateurs imprude[illegible]

riel primitif causa quelques regrettables alertes.

Mais depuis qu'à la vaseline on a définitivement susbtitué la paraffine (Eckstein, Brockaert, Lagarde) et que pour l'introduire sous la peau, au lieu des injections chaudes, on emploie notre méthode « des injections de paraffine froide ramollie sous pression » il est matériellement impossible d'avoir d'échecs.

L'instrumentation spéciale que nous avons imaginée et qui permet de ramollir instantanément la paraffine et de l'inclure à froid dans les tissus supprime du même coup la



Fig. 4. — Avant le traitement.

difficulté opératoire et toutes les complications des premiers procédés.

Cependant, malgré sa simplicité technique et l'innocuité certaine de notre méthode, il est évident que l'appropriation exacte de la paraffine à des cas variés, à l'état normal ou anormal de la peau, à sa laxité ou à sa rétraction, l'adjonction judicieuse d'une petite intervention chirurgicale préalable (*Débridement et ramollissement des cicatrices, résection endo-nasale osseuse ou cartilagineuse, autoplasties*, etc.) sont autant de facteurs qui mettent à contribution la prudence, l'expérience, la sagacité et l'initiative de l'opérateur et transforment en un résultat



Fig. 4. — Après le traitement.

brillant une correction qui autrement pourrait n'être que banale et vulgaire.

II. — Chirurgie endo-nasale

Toutes les difformités nasales ne sont pas fatalement tributaires de la prothèse paraffinique.

Il faut être éclectique et ne demander à ce procédé que ce qui est possible et raisonnable.

S'il donne d'excellents résultats dans une



Fig. 5.

simple dépression, voire même dans un effondrement total, pourvu que la difformité soit médiane et la peau souple et normale, il ne peut rien contre un nez tordu, bossu ou camard.

Il faut alors avoir recours à la chirurgie endo-nasale. Elle est ainsi nommée parce que toutes les interventions destinées à modifier le nez dans sa forme, sa longueur ou sa grosseur se font par l'intérieur des fosses nasales sans aucune résection des téguments externes et dans la moindre cicatrice.

C'est, qu'en effet, la peau du nez est très souple et très élastique. Si l'on risque partiellement le squelette du nez et qu'on en modifie la charpente osseuse ou cartilagineuse, la peau, très rétractile, se modèle sur le nouveau squelette et en épouse tous les contours.

Toutes les études et les recherches qu'on a faites ces dernières années pour la résection sous-muqueuse de la cloison ont contribué



Fig. 6.

beaucoup au développement de la rhinoplastie endo-nasale (Roe, Joseph, Killion, etc.).

La technique est d'ailleurs en partie la même. Tout d'abord on incise et décolle la muqueuse nasale : par cette large brèche on met à nu la région à transformer et toujours par l'intérieur des fosses nasales on fait les interventions appropriées à chaque cas.

Elles se réduisent d'ailleurs à quelques manœuvres assez simples, en théorie, mais parfois délicates à mettre convenablement en pratique.

Ce qu'il faut, en résumé, c'est reséquer les parties exubérantes ou déviées, qu'elles soient osseuses, cartilagineuses ou tissus mous afin de niveler les bosses et redresser les torsions : ce qu'il faut aussi c'est savoir utiliser les déchets et s'en servir pour combler les vides et les creux.

III. — Prothèse chirurgico-paraffinique

Les deux méthodes précédement décrites se prêtent ici un mutuel appui. La chirurgie rabote, scie et modifie à sa convenance la charpente osseuse et cartilagineuse, tandis que la prothèse paraffinique complète et parfait l'exérèse chirurgicale en capitonnant les creux, les dépressions et en redonnant à l'organe un modelé plus doux et plus agréable à l'œil.

Physicothérapie de la Neurasthénie

Par le Dr J.-A. RIVIÈRE, de Paris

Plus j'observe les malades et plus je reste convaincu du rôle énorme joué par l'auto-toxémie dans l'étiologie des affections nerveuses en général et de la neurasthénie en particulier. L'auto-intoxication n'est pas due seulement aux toxines microbiennes venues du tube digestif, mais aussi et surtout aux toxines humaines, reliquat de la vie cellulaire (voir notre Communication au British Medical Association, juillet 1901), traitement abortif et curatif des maladies aiguës, de la typhoïde et de l'appendicite en particulier, par le calomel, l'huile de ricin, l'eau et la chaleur donnés d'une façon judicieuse. Quand les défenses organiques sont insuffisantes, quand le foie et les reins offrent une moindre résistance, les toxines des déchets cellulaires portent sur le système nerveux leurs effets les plus délétères.

Les prédispositions de famille et de race, l'action de l'état social et de la civilisation, les peines morales et les passions dépressives, le surmenage et même l'hérédité avec tous ses stigmates de dégénérescence, ne jouent pas, à beaucoup près, un rôle aussi étendu que la toxémie pour la genèse des affections neurasthéniques.

Au point de vue de la prophylaxie individuelle des névroses, il est certain que la sobriété, le végétarisme relatif, la suppression des boissons alcooliques, la restriction du sucre, du chocolat en particulier, la vie en plein air, l'exercice physique régulier, en diminuant la formation des toxines, en régularisant les combustions nutritives et favorisant l'élimination des déchets cellulaires, constituent de puissants agents d'équilibre pour le système nerveux. Les cures naturistes n'agissent qu'en fouettant l'activité de la gymnastique cellulaire. Suivant la parole magistrale de Lauder-Brunton, il s'agit surtout de consolider l'état de subordination dans lequel les centres nerveux supérieurs doivent tenir les centres nerveux inférieurs : là est toute la thérapeutique rationnelle des névroses.

Or, ce sont les agents physiques qui atteignent le plus fidèlement ce but : ils sont tour à tout antispasmodiques, modérateurs de l'hyperexcitabilité réflexe, névrosthéniques, anticonvulsifs, stimulants ou inhibiteurs de la cellule nerveuse, dérivatifs et même révulsifs. Je vais passer en revue aussi succinctement que possible, l'emploi de ces divers agents.

L'hydrothérapie (douches et bains divers, bains de CO^2, thermothérapie liquide, etc.), possède une action toni-dépurative, décongestive et secrétoire. L'hydrosudothérapie, les étuves, bains de lumière, etc., sont spoliateurs et révulsifs. La douche froide très courte est toni-stimulante pour les neurasthéniques déprimés, surtout lorsqu'on l'administre en jet brisé sur la colonne vertébrale. Il faut s'en méfier, car la plupart des neurasthéniques sont des arthritiques.

La faradisation est précieuse pour réveiller la sensibilité et activer le syndrome nutritif. Elle est quelquefois supérieure au bain électro-statique et aux courants de haute fréquence pour concilier l'appétit et le sommeil, qui manquent si habituellement chez les neurasthéniques. Le galvanisme par les courants continus faibles possède une action toni-sédative contre les algies et contre l'irritable *debility* des organes sensitifs. La franklinisation active puissamment le trophisme cellulaire, perfectionne l'hématose et les combustions, équilibre le nervisme et accroît la vitalité générale.

La kinésithérapie comprend les frictions sèches ou humides, les massages, percussions, gymnastique et mécanothérapie dans leurs formes les plus variées. Elle contribue à perfec-

tionner les échanges intimes et à exalter les forces musculaires, antagonistes traditionnels des forces nerveuses. Bien appliqués, les multiples éléments curatifs de la kinésithérapie triomphent des spasmes fonctionnels, modèrent l'excitabilité et rééduquent la coordination sensitivo-motrice. L'asthénie neuro-musculaire, la douleur cervico-sacrée, la conscience anxieuse d'une faiblesse qui n'est souvent que trop réelle, s'atténuent ou disparaissent par les modalités du mouvement appliqué à la thérapeutique. Le météorisme et les troubles gastro-intestinaux sont aussi utilement modifiés par ces pratiques.

La physicothérapie n'a de raison d'être que par la synergie de ses manœuvres. L'outillage complet est nécessaire pour modifier et guérir les symptômes qui se présentent à notre observation, suivant l'opportunité la plus rigoureuse. Les promesses modificatrices s'accomplissent d'autant plus vite et d'autant plus fidèlement que notre arsenal sera plus complet et notre clavier plus nuancé. Cependant, la plupart de nos agents thérapeutiques s'appliquent à la neurasthénie, considérée comme auto-intoxication du système nerveux, puisqu'il s'agit de faciliter les oxydations organiques et de régulariser le fonctionnement de la nutrition. La perversion de cette dernière est fréquemment le plus grand obstacle à la réparation physiologique de la cellule nerveuse. Il importe donc de répartir les méthodes les plus actives pour l'amélioration du syndromes dyspeptique (atonie gastro-intestinale, constipation, entéroptose). De plus, divers symptômes dominants s'imposent à notre attention : les douleurs localisées, combattues activement par l'effluve statique et le massage vibratoire ; l'insomnie, qui cède aux divers moyens sédatifs (bains hydro-électriques, franklinisation); l'éréthisme cardiaque avec arythmie ou tachycardie (thermothérapie, vibrothérapie); les troubles vaso-constricteurs périphériques (confondus, bien à tort, avec l'artério-sclérose), curables par l'étincelle alto-fréquente et par la faradisation localisée.

Pour obtenir des effets curatifs à longue échéance, il est absolument indispensable de prolonger plusieurs semaines, dans les cas bénins ; plusieurs mois dans les cas graves, les applications physicothérapiques. Ce n'est que par l'adjonction journalière des stimulants naturels, ce n'est que par la gymnastique cellulaire ininterrompue et par la transfusion nerveuse répétée qu'on arrive à juguler ces symptômes tenaces, inquiétants et pénibles : la cépbalée, les algies, les vertiges, les tics, les troubles circulatoires (surtout lorsqu'ils dépendent de l'anémie cérébrale ou de la congestion médullaire). C'est l'état général, ce sont les troubles digestifs qui cèdent le plus facilement à nos traitements. Les sujets hypertendus guérissent ordinairement plus vite que les hypotendus, bien que nous soyons, en général, mieux armés contre la dépression que contre l'excitation.

Le neurasthénique soumis à la physicothérapie ne tarde pas à manifester une plus grande tolérance vis-à-vis de l'effort, une moins grande propension à la fatigue et au relâchement fonctionnel atonique. D'ailleurs, l'instabilité symptomatique des malades nécessite, à tout instant, des inversions et des diversions thérapeutiques, dont le doigté pratique ne s'acquiert que par l'expérience. On se trouvera bien d'appliquer les courants continus aux hyperesthésies, le bain de CO^2 et le bain thermo-lumineux aux cryesthésies : l'origine vasculo-motrice de ces dernières indique aussi l'emploi de l'effluve de haute fréquence dans certains cas rebelles.

Le but de tous les agents physicothérapiques est, en résumé, la désintoxication, c'est-à-dire l'aide prêtée à l'économie pour pousser à l'élimination de ses résidus toxiques mobilisés et, par là, perfectionner régulièrement les échanges cellulaires indispensables à une saine régulation du dynamisme nerveux, ou (si l'on préfère), à la polarisation normale de nos neurones. Les agents physiques réforment la tension des forces de résistance et d'attraction, en lixiviant l'organisme, en stimulant l'hématose et la phagocytose, qui libèrent les cellules dystrophiées.

Tout neurasthénique est un intoxiqué chronique un ralenti de la nutrition, qui fait de la mauvaise chimie cellulaire et des combustions physiques incomplètes. Le traitement rationnel doit viser la déplétion et la dépuration, en favorisant le tirage du fourneau organique : c'est ainsi que se rétablit l'autocratie du système nerveux, ce que j'ai appelé la *névrarchie*. L'exemple le plus fréquent de ce pouvoir thérapeutique dévolu aux agents physiques, c'est le rétablissement progressif du sommeil naturel, sans le secours d'aucune drogue. On sait combien les opiacés, le bromure et le chloral et, en général, tous les narcotiques, éternisent le déséquilibre nerveux et portent préjudice aux assises du nervisme humain, dont ils compromettent les énergies de défenses. La physiatrie dirige, mais ne perburbe pas le potentiel vital: ses réactions sont toujours exemptes de violence et ne présentent point de mauvais effets secondaires.

Il importe de poursuivre, dès leur début, les défaillances fonctionnelles, afin de les empêcher de s'organiser en lésions organiques par la toute-puissance de l'habitude morbide. Dès que les premiers malaises annoncent un certain degré d'aberration dans les processus cellulaires, il y a indication urgente de perfectionner les échanges et de réhabiliter l'énergie nutritive, afin d'empêcher les décrépitudes et les déviations organiques. Souvent, à ce moment, la darsonvalisation, en accélérant les actions métatrophiques intimes, suffit, avec l'aide de la balnéation carbonique, à enrayer une neurasthénie commençante. Les bains thermo-lumineux constituent aussi une grande ressource de promotion radiovitale, toutes les fois que l'énergie nerveuse paraît avoir fléchi tout d'un coup.

Dans la neurasthénie confirmée, ce n'est point trop de faire appel à toutes les puissances physicothérapiques, air, eau, lumière, chaleur, mouvement, électricité, pour entrer en lutte contre l'ennemi. Se limiter à un seul agent, c'est courir à l'insuccès : car on n'atteint jamais ainsi toutes les modalités de l'énergie à modifier, et il faut, d'ailleurs, toujours compter avec les anomalies morbides et les idio-syncrasies. C'est ainsi que, comme promoteur d'équilibre nerveux et comme toni-sédatif procurant aux neurasthéniques une constante sensation de bien-être, le bain thermo-lumineux figure au premier rang des agents curatifs. C'est par lui qu'il faut commencer le traitement : car le soulagement qu'il procure est très rapide. La radiation nourrit, en quelque sorte, la cellule nerveuse, stimule et dégage la circulation, permet une meilleure élaboration de la force neurique déprimée et l'emmagasinement des réserves nerveuses, avec relèvement marqué du ressort vital. Mais, ces excellents résultats peuvent rester passagers, s'ils sont appuyés et confirmés par d'autres agents de la physicothérapie.

Si l'on bornait, par exemple, le traitement à l'hydrothérapie, même maniée avec le doigté le plus habile, le résultat curatif serait encore plus incomplet : car ce traitement, perturbateur par définition, réclame toujours des correctifs physicothérapiques, pour appuyer ses effets dynamogéniants et antiphlogistiques, dont nous ne saurions nous priver, la peau étant, en quelque sorte, la soupape de sûreté du système nerveux.

Le bain hydro-électrique est fort bon pour apaiser l'impressionnabilité particulière résultant de l'hypertension, améliorer l'appétit et la digestion, restaurer le sommeil et combattre l'impuissance. Le bain électro-faradique est surtout esthésiogène et nous lui devons fréquemment la disparition de la céphalée neurasthénique, de la rachialgie, des diverses phobies et du découragement (tædium vitæ de Beard). Le courant sinusoïdal ou ondulatoire est préférable chez les névropathes anémiés, car il augmente la capacité respiratoire, la prolifération des hématoblastes et l'azoturie insuffisante, en actionnant l'élimination des déchets ; car ces malades ne sont généralement que de faux anémiques, chez lesquels l'auto-intoxication arthritique revêt le masque de la chlorose, par suite de la rétention habituelle des déchets trophiques et des oxydations insuffisantes.

Chez les excités, le bain statique et le bain CO^2 procurent une détente sédative remarquable, avec une meilleure répartition de l'influx nerveux, par l'activité imprimée aux échanges.

On voit, en résumé, que la cure physicothérapique de la neurasthénie consiste dans la suractivation et la régularisation cellulaire et osmotique, en insistant sur les agents dont le pouvoir se fait plus particulièrement sentir sur le système nerveux et sur le système musculaire, dont nous devons toujours chercher à accroître la capacité fonctionnelle, afin de corser l'énergie nutritive et d'assurer la dépuration parfaite du sang. Bien que diverse, l'action physicothérapique correspond toujours au même but : redressement fonctionnel, éliminations, réparations, toni-sédation. Mais, pour que la cure se soutienne, il faut en appliquer rigoureusement toutes les modalités ; la cure gagne ainsi en profondeur et en rapidité.

On peut même dire, sans paradoxe, que la guérison des neurasthéniques incombe à peu près exclusivement aux agents physiques habilement maniés, véritables antagonistes des symptômes. On n'en peut dire autant des médicaments, habituellement supportés, soit qu'ils ne répondent pas aux affinités de l'organisme, soit qu'ils entraînent une dyspepsie pharmaceutique qui ajoute encore au désarroi général de la nutrition et crée même de nouveaux réflexes pathologiques. D'ailleurs, les sujets qui usent et abusent des excitants nervins, ne tardent guère à apprendre, à leurs dépens, que leurs effets factices sont forcément suivis d'épuisement corrélatif à bref délai ; triste avantage que celui qui remplace la *nervous depression* en une *nervous exhaustion*! Seuls, les évacuants et les anti-arthritiques peuvent être conseillés.

La physicothérapie vise au rétablissement progressif et non immédiat des neurones en état de trouble nutritif ; à restaurer la fonction d'inhibition du cerveau sur la moelle épinière; à diminuer le pouvoir réflexe de cette dernière et l'exagération désordonnée de son automatisme.

Lorsque, toutefois, on constate chez le neurasthénique des symptômes d'auto-intoxication gastro-hépatique, caractérisés (ce qui n'est pas rare) par une langue saburrale, un teint subictérique, une fièvre vespérale légère, des alternatives de diarrhée et de constipation, il est indispensable de donner, de temps à autre, un peu de calomel suivi d'huile de ricin, ou de sulfate et de bicarbonate de soude. Cette médication intermittente combat l'atonie gastro-intestinale et relève l'appétence en désobstruant et décongestionnant le système porte et éliminant ce que j'ai appelé les toxines humaines. L'hématogenèse et le métabolisme nutritif ne s'en trouvent que mieux.

L'amyosthénie, qui s'étend jusqu'aux fibres lisses, est la grande cause de la dépression générale et de la dilatation d'estomac: les courants faradiques et la mécanothérapie, la vibrothérapie et les diverses modalités de la cinésie représentent de bonnes méthodes de régénération musculaire.

La thermothérapie abdominale rend certains services dans les névralgies du plexus solaire, ainsi que dans certaines manifestations réflexes du sympathique coeliaque, confinant parfois à l'hypocondrie (on sait que cette névrose

s'imbrique assez volontiers avec la neurasthénie).

Contre les spasmes, crampes, secousses, contractions fibrilaires, trémulations, dysphagie, etc., les courants continus appliqués avec la vibrothérapie triomphent de ces dysesthésies dues à l'hypovitalité des neurones chez les débilités cérébro-spinaux. Comme je l'ai souvent dit, il se passe exactement dans la conductibilité des neurones, ce qui a lieu dans le tube à limailles de la télégraphie sans fil ; c'est peut-être ce qui a fait préférer, depuis Beard et Arthuis, l'électrothérapie sous ses diverses formes, à l'hydrothérapie et à la gymnastique pour la cure des déprimés du système nerveux. Quand la myasthénie est très prononcée (ainsi que dans l'anaphrodisie et l'aménorrhée d'origine neurasthénique), nous avons reconnu, depuis plusieurs années, l'effluvation bi-polaire comme le procédé de choix. Bref, selon Doumer, le courant électrique et le courant nerveux obéissant aux mêmes lois, on ne saurait se priver de l'électrothérapie pour rétablir l'orientation bien conduite des neurones, éloigner les malaises paroxystiques et détruire les topo-algies, ces images sensitives cristallisées analogues, dans le domaine sensible, à la monomanie dans le domaine de l'intellectualité. Si nous pouvions aussi facilement, en psychiatrie, mobiliser l'idée fixe ! Il en serait fait des observations mentales, cet opprobe de notre art. Toutefois, nous pouvons, fréquemment, par la recharge de l'accumulateur et du condenseur vivant, combattre l'aboulie et restaurer l'activité cérébrale des neurasthéniques, en utilisant (avec diplomatie et coordination), les divers agents physicothérapiques domestiqués par le progrès et appelés à la rescousse concurremment avec l'électricité médicale.

Résumé et conclusions

I. — Hippocrate disait avec raison que la réussite des traitements nous montre les causes des maladies (*naturam morborum ostendent curationes*). Si la physicothérapie se montre toute puissante contre la neurasthénie, c'est surtout par son action intime et profonde sur le métabolisme organique : la maladie de Beard est fonction d'auto-intoxication et la physicothérapie est la plus sûre méthode éliminatrice des toxines humaines.

II. — « Consolider l'état de subordination dans lequel les centres nerveux supérieurs doivent tenir les centres nerveux inférieurs » (Lauder-Brunton), tel est le but poursuivi et atteint par les agents physiques. Mais, c'est à la condition de savoir les manier, ensemble ou à la suite, à l'aide d'un outillage complet et d'une rigoureuse synergie. Dans un syndrome pathologique aussi nuancé, la thérapeutique ne saurait évidemment se montrer univoque.

III. — Restaurer le trophisme, c'est reconstituer le nervisme ; c'est obtenir, non des rémissions passagères, mais des guérisons à longue échéance. Etant donné l'instabilité symptomatique de la neurasthénie, il ne faut abandonner le traitement que lorsque la désintoxication est complète et la bradytrophie vaincue. Car ce n'est qu'à ce moment que l'autocratie du système nerveux (ce que j'ai dénommé la névrarchie) se rétablit pleinement.

IV. — Le traitement est indispensable de bonne heure, dans la période prélésionnelle. Les indications dominantes que nous donnons dans ce travail sont évidemment susceptibles de variations, mais visant toujours le même programme: élimination, redressement fonctionnel, toni-sédation et régénération des neurones, restauration de la fonction d'inhibition du cerveau sur la moelle, diminution de l'automatisme désordonné de ce dernier organe, amendement de l'amyosthénie et de l'hypovitalité.

Traitement de la Goutte chronique

RÉGIME ALIMENTAIRE

Faire trois repas réguliers. Bien mastiquer

Aliments prohibés. — Gibier, crustacés, fromages trop avancés, choux, asperges, truffes, champignons, épices et sauces épicées, poissons de mer, fruits crus, radis, salade crue, chocolat, potages gras, oseille, épinards, cervelles, rognons, extraits de viande.

Aliments permis. — De préférence des viandes blanches bien cuites, œufs, légumes verts bien cuits, laitages, raisins et fraises, laitage, poissons légers (sole et merlan).

Ne faire qu'un usage modéré du vin (vin blanc ou de Bordeaux). Pas de Bourgogne, pas de vins mousseux, pas de cidre, pas de liqueurs, pas d'apéritifs. Couper ce vin d'eau ; si possible de Contrexeville (Pavillon) ou d'Evian (Cachat).

HYGIÈNE

Faire tous les matins une friction sur tout le corps à la brosse de flanelle. Massage hydrothérapique. Gymnastique. Electrothérapie à courants à haute-fréquence. Eviter le froid humide ; faire de la marche au grand air, sans toutefois se surmener.

MÉDICAMENTS

Prendre pendant 15 jours, chaque mois et à chaque repas, 0,50 c. de benzoate de lithine, dans un verre d'eau de Vichy (Hauterive) ou pipérazine, lycétol, etc.

Le professeur Lancereaux, ancien président de l'Académie de Médecine recommande l'urodonal dans son *Traité de la goutte* (Baillière, p. 422). On sait que ce produit est autrement actif que tous les autres dissolvants de l'acide urique. C'est, en outre, un excellent diurétique. M. le Dr Rathery, professeur agrégé de la Faculté de Médecine de Paris, médecin des hôpitaux, le formule ainsi (Thérapeutique de la goutte. *Consultations médicales françaises*, n° 23, Poinat, éditeur) : urodonal : 3 à 4 cuillerées à café par jour dans un verre d'eau, une demi-heure avant ou trois heures et demie après les repas. *10 jours par mois.*

Si le malade ne présente pas d'hypertension, il pourra prendre tous les jours, et même plusieurs fois dans la journée, des infusions de feuille de cassis, de stigmates de maïs, ou de feuilles de frêne.

Feuilles de frêne	25 gr.
Verveine odorante	5 gr.

Traitement Hydrominéral. — Suivant les cas conseiller des cures hydrominérales à Vichy, Contrexeville, Martigny, Vittel, Royat, Luxeuil, Wiesbaden, Baden-Baden. En cas d'empêchement, prescrire des cures d'urodonal.

Complications. — Surveiller les divers appareils et traiter les accidents et les complications.

En cas d'insuffisance cardiaque et rénale, prescrire :

Poudre de scille	0 gr. 05
— scammonée	0 gr. 05
— de digitale	0 gr. 05
Miel	Q.S.

N° 40. — Prendre 4 à 6 pilules par jour, de préférence le matin, deux par deux, avec du lait.

Inversion du Réflexe du Radius

Par le Docteur BABINSKI
Médecin des Hôpitaux

A l'état normal, la percussion de l'extrémité inférieure du radius provoque ordinairement une simple flexion de l'avant-bras sur le bras. Quand les réflexes tendineux du membre supérieur sont forts, d'autres mouvements, en particulier la flexion des doigts, peuvent accompagner la flexion de l'avant-bras. C'est ce qui a lieu aussi généralement dans l'hémiplégie d'origine cérébrale.

Mais chez l'individu sain, on ne voit jamais, sous l'influence du choc radial, les doigts seuls se fléchir.

Or, cette sorte de transposition du mouvement réflexe normal habituel, que je propose de dénommer « l'inversion du réflexe du radius » peut se produire dans certaines circonstances pathologiques.

Je l'ai constatée chez les malades atteints de lésions de la moelle cervicale (syringomyélie, tumeur), et jusqu'à présent je ne l'ai jamais vue dans des affections autrement situées.

Je n'ai pas eu l'occasion de pratiquer d'autopsies dans des cas de ce genre. Aussi, ne puis-je faire que des hypothèses sur la disposition des altérations déterminant la perturbation dont je m'occupe. Je crois cependant qu'en l'espèce, les prévisions ne risquent guère d'être erronées ; elles découlent naturellement de nos connaissances anatomo-physiologiques. On sait que le réflexe de flexion de l'avant-bras sur le bras a pour centre principal le Ve segment cervical, tandis que pour le réflexe de flexion des doigts ce centre se trouve dans le VIIIe segment cervical. On est conduit ainsi à penser que l'inversion du réflexe du radius est la conséquence d'une lésion atteignant particulièrement le Ve segment cervical; on conçoit en effet qu'une pareille lésion, sans influence sur les mouvements des doigts, produise une abolition du réflexe de flexion de l'avant-bras sur le bras; on conçoit aussi qu'en pareil cas, si la lésion intéresse le système pyramidal, le réflexe de flexion des doigts soit très accentué.

J'admets également, quoique je ne possède aucun fait semblable, qu'une lésion limitée des nerfs périphériques puisse engendrer le même phénomène mais, si de tels faits existent, ils sont probablement exceptionnels.

De mes observations je crois pouvoir conclure que l'inversion du réflexe du radius constitue un signe qui, à lui seul, permet presque d'affirmer l'existence d'une lésion de la moelle cervicale et peut contribuer à en préciser la disposition.

REVUE CLINIQUE

Traitement des angines de poitrine d'origine gastrique, par M. le professeur Albert ROBIN, Hôpital Beaujon (*Journ. des Prat.*).

Les angines de poitrine d'origine gastrique doivent être distinguées des angines de poitrine d'origine aortique ou coronarienne. Certains symptômes permettent le diagnostic différentiel : la longue durée de la maladie entrecoupée de périodes normales, l'apparition des crises au repas, la cessation de la douleur angoissante après un vomissement provoqué très abondant et très acide, contenant des aliments des repas antérieurs. En dehors des crises, les malades ont des douleurs épigastriques avec ballonnement considérable, des renvois aigres et des éructations en séries ; l'appétit n'est pas diminué, mais les malades évitent de manger

pour ne pas être exposés à de nouvelles crises ou des douleurs épigastriques. Le foie est faiblement augmenté de volume.

Ces malades ont de l'hypersthénie gastrique avec hyperchlorhydrie et spasme pylorique.

Le traitement permet de guérir rapidement ces phénomènes morbides.

TRAITEMENT DE L'ÉTAT GASTRIQUE

1° *Cure de repos gastrique.* — Repos stomacal absolu pendant deux à quatre jours.

Il est nécessaire d'y associer, toutes les six heures, un lavement désaltérant de 250 grammes d'eau bouillie, suivi, une heure après, d'un lavement alimentaire :

Œufs battus............	n° 2
Pep one liquide..........	2 cuillerées.
Solution de glucose à 20 0/0	100 grammes.
Pepsine.................	1 —
Bouillon preparé sans sel..	q. s. pr 250 gr.

Donner 4 lavements alimentaires et 4 lavements désaltérants par jour.

2° *Action médicamenteuse.* — Contre l'hypersthénie gastrique on prescrira :

Picrotoxine.................	0 gr. 05
Chlorhydrate de morphine...	0 gr. 05
Sulfate neutre d'atropine	0 gr. 01
Ergotine Yvon..............	1 gramme
Eau de laurier-cerise	12 —

Deux à quatre gouttes avant chaque prise de lait.

De plus, il convient de saturer le contenu gastrique avec la poudre suivante :

Hydrate de magnésie.........	1 gr. 60
Sous-nitrate de bismuth.......	0 gr. 80
Carbonate de chaux précipité..	0 gr. 80
Bicarbonate de soude	1 gramme
Codéine	0 gr. 01

Pour un paquet. Faire n° 20. Délayer un paquet dans un peu d'eau et donner au moment des grandes douleurs.

3° *Alimentation.* — Après la cure de repos, on donnera du lait par prise (100 grammes) toutes les deux heures. On fera suivre chaque prise de lait d'un paquet dans un peu d'eau :

Bicarbonate de soude	8 grammes
Hydrate de magnésie.......	8 —
Carbonate de chaux........	16 —

Diviser en 24 paquets.

Après l'amélioration des symptômes, reprendre une alimentation lacto-végétarienne, puis une alimentation mixte, en continuant l'administration des poudres neutralisantes.

Favoriser l'évacuation intestinale tous les jours, en faisant prendre tous les soirs une infusion de 6 à 8 follicules de séné lavés à l'alcool.

TRAITEMENT DE LA CRISE

Le plus souvent, les malades ont recours d'eux-mêmes à la méthode des vomissements provoqués. Dans certaines circonstances, il convient d'ajouter à cette méthode thérapeutique des frictions sur région précordiale avec

de la teinture éthérée de digitale,

des applications sur région précordiale de la pommade de Botkin :

Vératrine	0 gr. 15
Extrait thébaïque	0 gr. 75
Essence de terebenthine	2 grammes
Essence de menthe.........	XV gouttes
Axonge-benzoinée	30 grammes

L'administration dans un peu d'eau de deux perles d'éther favorise les éructations et peut calmer la sensation de réplétion.

Les inhalations d'iodure d'éthyle ont une action analogue, de même que le *validol* (valérianate de menthol) donné à la dose de X gouttes sur un morceau de sucre. La potion suivante est aussi d'un heureux effet :

Bromure de potassium	10 grammes
Eau de laurier-cerise......	10 —
Sirop d'éther.............	30 —
Eau distillée	120 —

1 à 2 cuillerées à soupe espacées d'une demi-heure au moment des douleurs.

Après la crise, on surveillera l'hygiène générale : occupation moins pénible; supprimer tout travail intellectuel, instituer un séjour en plein air, et contre les intermittences du cœur on conseillera une cure d'entraînement progressif d'Œrtel.

REVUE DE PÉDIATRIE

Péricardites purulentes, par M. le professeur HUTINEL, Hôpital des Enfants-Malades (*Concours médical*).

Nous avons eu, il y a quelques jours, dans le service de la scarlatine, un enfant dont l'histoire est particulièrement intéressante.

Il s'agit d'une fillette de 4 ans, née à terme, dans d'assez bonnes conditions. Il y a un mois et demi, l'enfant fut prise de fièvre et d'une tuméfaction du membre inférieur gauche au niveau de la cuisse. Le diagnostic d'ostéomyélite ayant été posé, elle fut conduite dans un service de chirurgie où l'on pratiqua une trépanation du fémur. L'intervention produisit une amélioration, mais une semaine après, le genou se tuméfia et une fracture spontanée se fit au niveau du point trépané. Les choses en étaient là quand, il y a quinze jours, la fièvre subit une élévation notable et une éruption scarlatineuse apparut. L'enfant entra dans le service dans un état lamentable. Lorsque nous l'avons examinée à ce moment, deux choses nous frappèrent : une tachycardie d'abord, non en rapport avec la température (il y avait 200 pulsations avec 39 degrés); un souffle, ensuite, constaté à l'auscultation de la partie moyenne du poumon gauche, souffle offrant les caractères du souffle pleurétique. L'enfant succomba dans la nuit.

L'autopsie a été curieuse. Nous avons trouvé le péricarde adhérent à la paroi thoracique, et la cavité péricardique remplie de pus. Le cœur apparaissait comme une plaie bourgeonnante au milieu de la nappe de pus. Ce pus, prélevé avec une pipette, fut ensemencé, et l'on constata qu'il contenait des staphylocoques et des streptocoques. La présence de staphylocoques traduisait l'infection ostéomyélique et la présence des streptocoques tenait à l'infection scarlatineuse. Il n'existait pas de pleurésie ; c'était la compression exercée par la poche péricardique qui avait donné le souffle pseudo-pleurétique que je vous ai signalé.

Nous avons donc été en face d'une péricardite suppurée apparaissant au cours d'une ostéomyélite et d'une scarlatine. Je suis fondé à croire que la péricardite existait déjà quand l'enfant a commencé sa scarlatine.

La péricardite suppurée, sans être fréquente, n'est pas cependant une affection exceptionnelle chez l'enfant. Elle a été étudiée autrefois par les cliniciens, mais, depuis que l'on s'occupe de bactériologie, on n'a publié sur ce sujet que des travaux assez épars.

Comment faut-il envisager les péricardites suppurées ? Elles peuvent résulter d'une propagation d'une infection de voisinage. Lorsque le poumon est atteint de broncho-pneumonie ou de pneumonie, lorsqu'il existe une pleurésie purulente, une lésion du médiastin, une lésion de la paroi costale, on comprend que le péricarde puisse être touché par propagation. De même, dans certaines affections sous-diaphragmatiques dans certaines affections du foie, etc. Les péricardites purulentes résultent souvent aussi d'une infection d'ordre septicémique se faisant par voie hématique, et ayant pour point de départ une amygdalite, des végétations adénoïdes, une suppuration otique, une infection encéphalique, une infection parfois lointaine, parfois peu grave. M. Widal a observé un malade atteint de durillon forcé du pied avec inflammation à staphylocoques. Cela fut suffisant pour donner lieu à une péricardite suppurée, qui entraîna la mort. Il est des cas où une mère atteinte de pneumonie a mis au monde un nouveau-né atteint de péricardite purulente, l'infection ayant alors suivi la voie placentaire.

Parmi les septicémies, certaines ont pour le cœur une prédilection particulière : telles la fièvre typhoïde, le rhumatisme articulaire, l'érysipèle, la scarlatine. Mais si, dans ces diverses affections, la septicémie intervient, si la localisation péricardique est loin d'être rare, la péricardite ne suppure pas toujours. Les pécardites rhumatismales sont communes; elles sont rarement suppurées. Il n'y a pas de germes particuliers pour cette suppuration. Vous verrez, dans la pneumonie également, bien plutôt la péricardite sèche ou séro-fibrineuse, que la péricardite suppurée. De même, dans la fièvre typhoïde.

Pourquoi telle affection qui, habituellement, ne donne lieu qu'à des péricardites séro-fibrineuses, fait-elle, d'autres fois, des péricardites suppurées Il faut, pour cela, faire intervenir le terrain. Les observations montrent que les péricardites suppurées apparaissent chez les sujets mal défendus, les alcooliques par exemple. Il convient de faire jouer un rôle également à la prédisposition locale. Le mal de Bright, en particulier, par son retentissement sur le cœur, agit comme cause prédisposante d'ordre local.

Les agents pathogènes qui interviennent dans ces péricardites sont assez nombreux. Je ne m'attarderai pas à les signaler tous. J'essayerai seulement de retenir quelques types ayant une individualité assez marquée. Vous verrez les analogies que présentent les suppurations du péricarde avec celles de la plèvre.

Il est des suppurations du péricarde causées par le pneumocoque. On peut dire que les deux cinquièmes des péricardites suppurées sont à pneumocoque. A côté d'elles, vous en trouverez à streptocoques, à staphylocoques, puis enfin, d'autres très intéressantes, les grandes suppurations du péricarde à bacilles de Koch.

Envisageons donc, successivement, ces 4 formes.

La plus commune, vous disais-je, est la péricardite suppurée à pneumocoque. Elle peut être le fait, soit d'une propagation directe, soit, plus rarement, d'une septicémie pneumococcique. Les cas dans lesquels la péricardite suppurée succède à une pneumonie ou à une broncho-pneumonie, sont bien dus à une propagation directe. Les expériences de Netter et les études expérimentales plus anciennes de Troisier en donnent la preuve et l'explication. Dans les cas, plus rares, où il y a septicémie pneumococcique, l'infection part des amygdales, de l'entrée des voies respiratoires. Elle se localise sur le péricarde en raison d'une prédisposition, d'une cause prédisposante locale, qui n'est pas toujours connue d'ailleurs, soit une péricardite antérieure, soit un trouble fonctionnel comme dans le mal de Bright.

Je vous dirai quelques mots des péricardites suppurées à streptocoques. Elles peuvent être le résultat d'une propagation directe. Mais, dans les péricardites à streptocoques, la septicémie intervient, je crois, plus fréquemment que dans la péricardite à pneumocoque. Ici, c'est encore le pharynx qui est la porte d'entrée la plus habituelle de l'agent pathogène. Je vais vous citer une observation recueillie par M. Nobécourt dans mon service en 1903. Un enfant de 13 ans entre à l'hôpital pour une albuminurie banale. Il est mis au régime lacté. Quelques jours après son entrée, il fait une otite suppurée. Un jour, il est pris de douleurs précordiales, et il succombe. A l'autopsie, on trouve du pus dans l'oreille moyenne et une péricardite suppurée à streptocoques. C'était une infection streptococcique partie de l'oreille. Dans ce cas, la péricardite a déterminé des douleurs assez vives, alors que chez le malade qui a servi de point de départ à cette leçon, les douleurs ont fait défaut.

Je passe aux péricardites à staphylocoques. Elles ne sont pas encore très bien connues et devraient tenir une place un peu plus grande dans la pathologie. Notre malade actuel en est un exemple. En voici un autre exemple, que j'ai observé avec Sevestre. Il concerne un enfant dont le père, atteint de furonculose, était un puissance de staphylococcémie. Le père, obligé de garder la chambre, jouait avec son enfant toute la journée. A un moment donné, l'enfant fut pris de fièvre sans que l'on trouvât chez lui autre chose qu'une légère suppuration unguéale. On était frappé, cependant, de l'affaiblissement des bruits du cœur, de la petitesse du pouls, de l'augmentation de la zone de matité précordiale. Le petit malade mourut, cyanosé. L'autopsie ne put être faite puisqu'il s'agissait d'un malade de la ville, mais je suis convaincu que nous avons eu affaire à une péricardite suppurée à staphylocoques.

Il faut que vous connaissiez ces péricardites à staphylocoques. Ce sont des lésions sournoises à symptomatologie à peu près nulle. Leur origine est d'ordre septicémique. Elles sont d'ailleurs redoutables et tuent en quelques jours.

Je voudrais vous parler maintenant des péricardites bacillaires. Quand le bacille de Koch arrive sur le péricarde, il peut y determiner des péricardites de tous ordres, sèche, séro-purulente, purulente, des symphises péricardiques.

Ne croyez pas que les suppurations du péricarde se voient chez de vieux phtisiques. Elles se rencontrent chez de jeunes sujets qui sont tuberculeux en puissance, suspects de bacillose plutôt que phtisiques. Voici un fait dont j'ai été témoin. Je fus appelé à voir un enfant de 9 ans, bien portant jusque-là, qui se plaignait d'essoufflement et offrait une cyanose assez accusée. En l'examinant, je constatai de l'affaiblissement des bruits du cœur, de l'augmentation de la matité précordiale, de la petitesse du pouls. Je portai le diagnostic de péricardite avec épanchement, et je m'arrêtai à l'idée de péricardite tuberculeuse.

Les péricardites suppurées au cours de la tuberculose sont loin d'être rares. Elles ont été étudiées par Trousseau, Lasègue, Roger, Rendu, et sont intéressantes à connaître.

Dans quelques circonstances — et il en fut ainsi chez notre malade d'aujourd'hui — plusieurs infections s'associent et interviennent dans la péricardite suppurée.

Quels sont les caractères anatomiques de ces péricardites ? Dans la péricardite à pneumocoque, ce qui domine, c'est l'abondance de l'exsudat fibrineux; le pus est épais, verdâtre, en petite quantité. Dans la péricardite à streptocoques ou à staphylocoques, le cœur offre à sa surface une membrane pyogénique unie. Dans les péricardites suppurées à bacille de Koch, le péricarde représente généralement une grosse poche purulente, le pus est abondant et l'on tombe sur un magma qui rappelle les abcès froids; on trouve des amas de substances caséeuses et, par places, des pertes de substance. Il y a là des modifications dans les réactions de la séreuse, comparables à celles que vous trouvez dans d'antres tissus, la plèvre en particulier.

Une chose frappe en présence de ces grosses lésions péricardiques. Vous inclinez à croire que vous allez rencontrer une symptomatologie tapageuse. Détrompez-vous. Vous passerez huit fois sur dix à côté de la péricardite. Huit fois sur dix, ce sont des lésions latentes. On serait tenté de dire que la maladie est latente parce que le médecin est inattentif. Eh bien ! il faut savoir aussi que la symptomatologie de ces péricardites est souvent fruste, et que le diagnostic en est difficile. Quelquefois l'attention est attirée par une douleur vive, une augmentation de la matité. Mais, à côté de ces cas où la réaction est assez accusée, il en est d'autres où la réaction est nulle. L'affection passe d'autant mieux inaperçue que le médecin ne pense pas toujours à examiner quotidiennement le cœur.

L'examen fréquent du cœur s'impose en pareille circonstance. Vous ne trouverez pas de frottements, puisqu'il y a du liquide qui sépare les deux feuillets du péricarde. Il faut déterminer la zone de matité, le choc de la pointe, l'état du pouls et de la pression artérielle et l'état du poumon. On peut parfois constater l'existence d'un souffle pseudo-pleurétique dont j'aurai occasion de vous reparler.

La péricardite purulente est une chose extrêmement grave. Vous n'avez pas grand'chose à espérer du traitement, ni des applications de glace, ni de l'immobilisation, ni des ponctions. Les ponctions sont dangereuses. Sur 5 ponctions, Bouchut pénétra deux fois dans le cœur, ce qui n'est pas sans inconvénient. Les grandes opérations, qui ressortissent à la chirurgie, ne sont guère à conseiller. Les chirurgiens savent qu'ils auront une fistule intarissable. Quand le diagnostic est certain, le mieux est de laisser les malades en paix.

REVUE DE DIETETIQUE

La question de l'alimentation carnée à l'heure actuelle, par le Docteur H. Delaunay, Directeur de l'Ecole de Médecine de Poitiers (*Journal Médical de Poitiers*).

A une époque qui n'est pas encore très éloignée on a eu, semble-t-il, une tendance à exagérer l'importance du régime carné dans l'espèce humaine. A ce moment on ne savait pas encore, comme l'ont démontré depuis les belles expériences de Chauveau, que la source du travail musculaire est constituée par les hydrates de carbone. Il est certain qu'à cette époque on exagérait les doses d'albuminoïdes nécessaires à la ration d'entretien et c'est ce qui explique pourquoi ces doses ont été singulièrement diminuées depuis quelques années. De 150 gr. avec Voit et Rubner elles sont tombées à 79 et 80 gr., avec Gautier et à 50 ou 60 gr. avec Charles Richet, Lapicque et Hischfeld. Néanmoins, il ne faut pas confondre les termes viande et albuminoïdes, car ces termes ne sont pas synonymes. Les gens qui, comme les disciples de Voit et de Rubner, prônaient l'importance de ces derniers aliments dans la diététique humaine auraient pu être et étaient peut-être parfois des végétariens, puisqu'il existe des corps de cette nature dans l'organisme végétal. En réalité la question se pose dans les termes suivants : puisque personne ne conteste la nécessité d'une certaine ration d'albumine (en prenant ce mot dans un sens très général) pour réparer l'usure de la machine humaine, y a-t-il avantage à emprunter ce corps au règne végétal, au règne animal ou à ces deux règnes simultanément ? Nous ne voulons examiner la question qu'au point de vue physiologique, en faisant abstraction des raisons de sentiment qui ont été mises très souvent en avant par les adeptes de doctrines végétariennes.

Il est certain que le régime carné a des inconvénients, quand il est pratiqué d'une façon trop exclusive. En pareil cas il amène rapidement l'inappétence et on sait que, dans ses expériences faites en collaboration avec Labbé, Morchoisne n'a pas pu le supporter plus de 5 à 6 jours. Il introduit dans l'organisme des produits de déchet créatine, créatinine, guanine, etc., essentiellement dangereux. Cet inconvénient peut, il est vrai, être diminué mais non entièrement supprimé par l'usage d'aliments frais et l'abstinence des viandes faisandées. Enfin il favorise le développement des putréfactions intestinales, cause de surmenage pour le rein et le foie, ainsi que pour les autres organes dépurateurs et antitoxiques, le corps thyroïde entre autres probablement, car on sait que pour Hishi cet organe neutraliserait des produits toxiques provenant de la digestion carnée. Enfin le régime en question favorise la constipation et l'inertie intestinale et semble disposer à l'artério-sclérose en favorisant l'hypertension artérielle. On connaît depuis les travaux de Roger, Josué, Gouget, Bernard, Bigard, Vaquez et de nombreux autres auteurs, l'importance de cet élément dans la pathogénie de l'artério-sclérose. Or, il est probable, comme l'a démontré le professeur Abelous, que la digestion du tissu musculaire engendre une substance hypertensive analogue à l'uro-hypertensine décrite par ce savant dans le liquide urinaire, en collaboration avec Bardier. Il est d'ailleurs de notion courante que l'artério-sclérose est fréquente chez les goutteux et que ces malades sont souvent de gros mangeurs de viande.

Comme on le voit le régime carné offre de nombreux inconvénients, mais le végétarisme en a aussi de forts graves. D'abord les albumines végétales sont moins complètement utilisées que les albumines animales (expériences de Labbé et Morchoisne) et exigent un effort digestif plus intense, et d'un autre côté les végétaux introduisent dans l'organisme une quantité de chaux fort élevée, comme l'ont établi les recherches de Lœper et Boueri. Or, il est vraisemblable que cet excès de chaux va incruster les parois artérielles en leur faisant perdre la souplesse qui est indispensable à leur fonctionnement ; il est vrai que plusieurs auteurs, Lucien et Parisot (1), Etienne et Fritzch (2), pensent que cette fixation calcique n'est possible que grâce à une lésion vasculaire antérieure. Malgré cette remarque il semble que l'administration exagérée de la chaux alimentaire soit capable d'entraîner chez de nombreux sujets des troubles graves du côté de la circulation. La chose paraît prouvée par la plus grande fréquence de l'athérome chez les herbivores que chez les carnivores constatée par Lœper et Boensi (3).

La conclusion à tirer de ce qui précède nous semble donc être la nécessité du régime mixte qui combinant les deux régimes exclusifs peut compenser leurs inconvénients respectifs par une sorte de mélange. C'est le lieu de rappeler les expériences de Hope-Seyler et de Combes qui, par l'adjonction de farineux à l'alimentation carnée, ont fait baisser le microbisme intestinal. Nous pensons qu'en thèse générale l'homme aurait tort de faire disparaître la chair des animaux de sa diététique alimentaire, mais nous croyons d'un autre côté, que cette substance doit être consommée aussi fraîche que possible et qu'il y a lieu de s'élever sous ce rapport-là, contre certaines exagérations et certains abus de la pratique culinaire moderne.

Est-ce à dire que la chair de toutes les espèces animales soit également indiquée dans le régime alimentaire de notre espèce ? Non probablement, et il y aurait lieu de modifier, à notre avis, les idées courantes sur les avantages de certaines viandes. Dans un travail fort documenté et fort intéressant publié récemment (4), Busquet arrive à cette conclusion que l'utilisation d'une albumine est d'autant plus parfaite qu'elle se rapproche davantage de l'albumine spécifique. Ainsi, si nous avons bien saisi les idées de cet auteur, la viande des mammifères serait plus susceptible d'être utilisée que celle des oiseaux et cette dernière le serait plus à son tour que celle des poissons.

Maintenant une nouvelle question se pose pour nous. Doit-on conseiller l'usage de la viande crue ou celui de la viande cuite ? Ici

(1) *Province médicale 1908*, 21 novembre, numéro 47.
(2) *Journal de physiologie et de pathologie générale*, numéro 6, 1909.
(3) *Presse médicale* (26 juin 1907).
(4) *Journal de physiologie et de pathologie générale* (15 mai 1909).

encore je crois qu'il y a lieu de rectifier certaines idées qui peuvent conduire à des résultats fâcheux. On a une grande tendance en général à prôner la consommation de la chair des animaux de boucherie aussi peu cuite que possible, saignante et crue même s'il se peut. Sans doute cette pratique peut avoir des avantages au point de vue peut-être de la digestibilité de la substance ingérée (1) ; d'un autre côté les expériences du professeur Richet sur le chien tendraient, nous semble-t-il, à démontrer que la viande crue donne de meilleurs résultats que la cuite dans le traitement de la tuberculose, mais à côté de ces avantages combien d'inconvénients. Récemment MM. Linossier et Lemoine faisaient remarquer que les albumines de la viande incomplètement digérées sont essentiellement nocives pour le rein, mais que cette nocivité est diminuée par la cuisson. Mais c'est surtout au point de vue de la prophylaxie, des maladies contagieuses et parasitaires que la question nous paraît importante. La viande crue n'a pas été stérilisée et peut, par conséquent, si elle provient de bêtes malades, se faire le véhicule du contage. Malgré l'organisation, dans la plupart des grandes villes, du service de l'inspection des tueries et abattoirs on ne peut jamais affirmer d'une façon catégorique que tel échantillon de viande ne recèle pas d'agents figurés pathogènes. Il faut tenir compte, en effet, de l'existence des abattoirs clandestins, dont il sera pendant longtemps encore difficile d'empêcher le fonctionnement ; d'un autre côté une bête saine en apparence peut être en état de microbisme latent, d'incubation d'une affection microbienne et il sera impossible à un vétérinaire inspecteur de l'écarter de la consommation, puisqu'il n'y aura aucun signe objectif de contamination. On ne saurait oublier que le nombre des zoonoses transmissibles à l'homme est considérable et tend à s'accroître chaque jour, sans même parler des différentes formes d'helminthiases trichinose, etc., N'y aurait-il que la question de la tuberculose la chose mériterait de retenir l'attention du médecin et de l'hygiéniste. On sait que le professeur Calmette a montré récemment la fréquence très grande de la tuberculose pulmonaire d'origine digestive. Depuis quelques mois on s'occupe beaucoup d'une affection qui s'observe dans l'espèce humaine sur les bords de la Méditerranée et qu'on a appelé la fièvre ondulante ou fièvre de Malte ; or, cette affection semble exister dans plusieurs régions de la France et dans ces derniers temps des cas de cette maladie ont été observés à Paris et dans les environs par Danlos, Wurtz et Tanon ainsi que par Auclair et Braun. Cette entité morbide est d'origine caprine, c'est-à-dire se développe chez la chèvre de préférence. Il n'y a rien d'invraisemblable à admettre bien que des observations probantes fassent encore défaut, à notre connaissance tout au moins, que le micrococcus mélitensis (le microbe spécifique de la fièvre de Malte), puisse traverser le tube digestif de gens ayant consommé insuffisamment cuite la chair de chèvres atteintes de cette maladie. Le fait paraît avoir d'autant plus d'importance que cette affection semble pouvoir évoluer souvent dans l'espèce caprine d'une façon en quelque sorte latente ; il est fort possible qu'elle existe aussi chez le mouton en raison de la très proche parenté des espèces ovine et caprine. S'il en était de même les chances de contamination des sujets humains seraient encore plus nombreuses en raison de la consommation plus habituelle de la viande de mouton.

Il y a aussi une zyvonose redoutable à laquelle on ne pense pas le plus souvent et qui semble cependant dans des cas, peut-être il est vrai exceptionnels, susceptible d'être propagée par la consommation de tissus animaux non rifiés et stérilisés d'une façon incomplète par la chaleur ; nous voulons parler de la rage. Depuis quelques années le nombre des cas de rage canine s'est élevé d'une façon inquiétante dans notre département. Cette augmentation a eu pour conséquence une augmentation parallèle de la rage chez les herbivores. Dans ces conditions ne peut-on pas craindre de voir parfois livrés à la consommation des animaux de boucherie porteurs du germe rabique. Le danger sera très grand quand il s'agira de bêtes manifestement malades abattues dans des tueries clandestines, mais il ne sera peut-être pas entièrement négligeable quand on aura affaire à des animaux simplement en incubation à la suite de morsures dont aucun vétérinaire, malgré sa compétence ne pourra reconnaître le caractère spécifique, en dehors des anamnestiques. On semble croire, il est vrai, que l'agent figuré, encore peu connu de la rage n'existe pas en dehors du système nerveux et notamment ne circule pas dans le sang. La chose est-elle absolument certaine? Il est impossible de le dire et il faut bien remarquer qu'à mesure que nos procédés de laboratoire et notre technique expérimentale se perfectionnent, on trouve dans le sang des sujets atteints de maladies bactériennes les microbes spécifiques que l'on en déclarait jadis absents. D'ailleurs, en admettant la vérité absolue de l'assertion que nous discutons tout danger serait-il écarté pour le consommateur? Nous ne le croyons pas ; le virus rabique pour gagner les centres nerveux chemine le long des nerfs périphériques qui partent du territoire mordu, et on voit d'ici les conséquences qui doivent en découler. D'ailleurs le tissu musculaire peut avoir été mis à l'abattoir accidentellement en contact avec les centres nerveux d'animaux rabiques.

Il ne faut pas oublier que des viandes saines en principe peuvent être polluées accidentellement par le contact des mains malpropres de ceux qui les manient. M. Martel dans un intéressant travail publié récemment a montré l'importance de cette cause de contamination ; comme il le fait remarquer avec raison les water-closets des ateliers de bouchers, fabricants de conserves, portent trop souvent encore les traces d'habitudes individuelles aussi répugnantes que blâmables. Le danger est surtout très grand en ce qui concerne la fièvre typhoïde si cette affection est comme le dit Vincent et comme nous l'admettons volontiers, la maladie des mains sales. On doit se rappeler que MM. Martel et Langrand ont trouvé le bacille paratyphique dans un hachis de viande de cheval destiné à un hôpital de Paris. M. Lacquépée a démontré par des expériences sur des animaux qui ont été infectés et ont succombé la nocivité de ce hachis. MM. Linossier et Lemoine ont fait voir dans une communication récente faite à l'Académie de médecine (séance du 5 avril 1910) que de la viande saine peut être poluée à l'abattoir par le contact de ganglions tuberculeux. D'ailleurs ne sait-on pas que les mouches en été vont fréquemment se poser sur la viande exposée à la devanture des boucheries ; or, on connaît assez aujourd'hui le rôle important joué par ces insectes dans la dissémination de plusieurs maladies infectieuses, choléra, fièvre typhoïde, tuberculose, pour qu'il soit inutile d'insister sur cette cause de contamination. Il nous semble donc incontestable que la viande ne doit jamais être consommée crue mais au contraire bien cuite et suffisamment stérilisée par la chaleur.

*
**

Les dangers de la **suralimentation carnée** *sont bien établis. Il faut absolument abandonner une méthode aussi funeste. Il est tout indiqué de la remplacer par la cure de Globéol car ce produit n'est autre que le protoplasma des globules rouges obtenu tout entier par un procédé particulier avec ses ferments à l'état vivant. L'action de ces derniers assure un effet tonique analogue à celui de la kola. Il est bien autrement actif que l'hémoglobine, comme la simple expérimentation le prouve immédiatement. Alors que l'alimentation carnée est* **toxique** *et surcharge le sang de principes nocifs, le Globéol, qui contient des* **diastases antitoxiques**, *joue un rôle libérateur dans l'organisme et c'est là une question d'un intérêt capital chaque fois que le rein est touché.*

REVUE D'UROLOGIE

Quand faut-il laver les blennorrhagies aiguës ?, par le docteur Luys, *La Clinique.*

Les avis sont partagés sur le moment où il faut commencer les lavages de l'urèthre atteint de blennorrhagie aiguë. Les uns, timides à l'excès, ne veulent commencer ces lavages que quinze jours ou trois semaines après le début de la blennorrhagie ; les autres, plus hardis, commencent les lavages de parti pris, aussitôt qu'apparaît l'écoulement. Les plus avisés adoptent la formule moyenne, et, avec eux, et d'une manière générale, on peut dire que les *lavages uréthro-vésicaux doivent être effectués le plus tôt possible*, lorsqu'il n'existe, toutefois, pas de contre-indication.

Contre-indication. — La seule contre-indication des grands lavages dans la blennorrhagie est l'acuité des phénomènes locaux. Lorsque l'œdème du méat est très prononcé, que les lèvres en sont rouges et turgescentes, que les érections et les mictions sont très douloureuses, dans ces conditions le lavage est certainement contre-indiqué, car il ne ferait qu'augmenter les douleurs, l'abondance de l'écoulement et amener des urétrorrhagies. Il doit alors céder le pas au seul traitement antiphlogistique.

Mais, aussitôt que les phénomènes inflammatoires aigus se sont amendés, il convient d'avoir recours de suite aux grands lavages. En effet, il est absolument irrationnel de respecter un écoulement purulent abondant qui salit tout, qui fatigue le malade, qui est la source de contamination non seulement pour le porteur de gonocoques, mais aussi pour son entourage. Le bien-être immédiat, général et local, éprouvé par les malades, dès les premiers lavages, est du reste la meilleure preuve de leur immédiate nécessité.

On a objecté à ce mode de traitement hâtif de la blennorrhagie par les lavages d'avoir l'inconvénient de perpétuer plus longtemps le gonocoque dans la muqueuse uréthrale, ce qui n'arriverait pas, dit-on, lorsqu'on attend quinze jours ou parfois trois semaines depuis le début de l'accident, pour commencer les lavages. Des statistiques ont été même produites tendant à démontrer que la durée totale de la blennorrhagie était plus grande lorsqu'on commençait hâtivement les lavages.

Cette affirmation n'est vraie que dans le cas seulement où ces lavages sont faits incorrectement et sans méthode, ou lorsque le sujet est indocile. Certes, dans ces derniers cas, il est évidemment plus dangereux de les effectuer que de s'en priver. En effet, le grand lavage uréthro-vésical correct et méthodique au permanganate de potasse en solution faible à 1/8000e doit pénétrer sans difficulté jusque dans la vessie ; il doit être abondant et fréquemment répété. La pénétration facile du permanganate dans la vessie s'obtient presque toujours aisément, grâce à l'anesthésie locale produite par une injection de 10 centimètres cubes d'une solution stérilisée de stovaïne à 1 0/0. Après lavage abondant et sans pression de l'urèthre antérieur au permanganate, on injecte 10 centimètres cubes de la solu-

(1) Fait contesté par des auteurs récents.

tion de stovaïne à méat fermé, et on laisse en contact pendant quelques minutes ; puis, sans faire évacuer immédiatement la stovaïne, on la repousse directement dans la vessie grâce à la solution même de permanganate. L'urèthre membraneux se trouve ainsi traversé par la solution anesthésiante de stovaïne, il ne se contracte plus et laisse passer sans difficulté le reste de la solution au permanganate ; celle-ci remplit la vessie jusqu'à ce que l'envie d'uriner survienne ; le malade rend ensuite toute la solution de permanganate par miction naturelle.

Dans ces conditions, le grand lavage uréthro-vésical ne provoque jamais d'accident. Au contraire, lorsque le malade se contracte, que le passage du liquide dans la vessie se fait mal, il survient alors presque toujours des complications dont les plus fréquentes sont la littrite, la prostatite, l'épididymite, mais ces complications ne surviennent jamais quand le lavage est correct et méthodique. Elles se produisent, au contraire, lorsque le malade commet des imprudences — ce qui n'est pas rare — et il n'est pas inutile de répéter ici que la marche prolongée, la station debout, le coït, les exercices violents, la danse, l'équitation, l'usage de boissons alcooliques, doivent être soigneusement prohibés.

REVUE DE CHIRURGIE

Trachéotomie, par le Dr Broca, *Chirurgien des Hôpitaux*.

Chez l'enfant, deux grandes indications : le croup et les corps étrangers; plus rarement : l'œdème de la glotte, les polypes du larynx, les compressions de la trachée par tumeurs du corps thyroïde ou du thymus. Chez l'adulte, en plus de ces causes : obstructions laryngées par tuberculose, cancer, syphilis (formes végétantes, ou sténosantes, ou avec œdème).

Le *tubage* est préférable à la trachéotomie dans le cas de croup : mais sa technique est plus délicate, et il exige le séjour, auprès du malade, d'un médecin capable de pratiquer le tubage en cas de *détubage* spontané. La trachéotomie reste une opération que tout praticien doit être capable d'exécuter d'urgence.

Préparatifs. — Un *bistouri droit*; un *bistouri boutonné*, le plus souvent inutile; un *dilatateur* à deux ou trois branches ; une *sonde cannelée;* quelques *pinces hémostatiques*; une *pince à fausses membranes*; une *canule* de dimension en rapport avec l'âge du sujet; quatre types de canules suffisent :

N° 00 calibre	7 millim. :	1 à 3 ans
N° 0 —	8 — :	3 à 5 —
N° 1 —	9 — :	5 à 10 —
N° 2 —	10 — :	10 et au-dessus

Faire bouillir tous ces instruments.

Comme *pansement*, préparer : une cravate de gaze stérilisée, une cravate de flanelle, une plume d'oiseau pour écouvillonner la canule et titiller la face interne de la trachée.

Quelques *cuvettes* ou *assiettes* creuses, préalablement flambées, pour le sublimé, les tampons stérilisés, les instruments.

Comme *aides* : un médecin pour tamponner, passer les instruments; une personne de sang-froid pour immobiliser la tête, une main sur le front, l'autre sur l'occiput, de façon à faire saillir le cou en avant sans excès; un troisième aide se couche à moitié sur l'enfant, pour maintenir en même temps ses mains, son tronc et ses membres inférieurs. Eloigner les parents.

Disposer l'*éclairage* de façon à ce que rien n'empêche les rayons lumineux d'arriver directement sur le cou.

Le malade est couché sur une table : une bonde entourée d'un drap est placée sous la nuque.

Asepsie du cou et des mains de l'opérateur et de l'aide.

Opération. — Se placer à la *droite* du malade; la *main gauche* saisit le larynx, entre le pouce et les trois derniers doigts, en cherchant, pour ainsi dire, à l'attirer en avant; l'*index*, resté libre, détermine la saillie formée par le *cricoïde* et déprime la peau au niveau du bord inférieur de ce cartilage; la *main gauche fixée, dans cette position, ne doit plus bouger* jusqu'à ce que la canule soit en place; l'*ongle de l'index* doit être le *point de repère* constant.

Le bistouri, tenu presque verticalement, l'index droit à un centimètre de la pointe, *incise à partir de l'ongle de l'index gauche, exactement sur la ligne médiane*, et sur une longueur de 4 centimètres, tous les tissus jusqu'à la trachée. L'aide éponge vivement.

L'index droit s'assure que la trachée est bien sur la ligne médiane et dans l'axe de l'incision.

Alors la pointe du bistouri ponctionne la trachée exactement contre l'ongle de l'index gauche, qui *reste toujours fixé au bord inférieur du crocoïde;* l'air siffle par l'orifice que vient d'ouvrir le bistouri, et le sang bouillonne; le bistouri, qui *ne doit pas être retiré de la trachée*, incise doucement, et bien *exactement sur la ligne médiane*, quatre anneaux de la trachée; la lame est retirée, *sans que l'index gauche quitte le rebord crocoïdien*; l'ongle, au contraire, s'insinue dans la brèche trachéale, qu'il cherche à maintenir écartée.

Sans hâte, la main droite prend le pavillon de la canule et, faisant glisser le bec sur l'ongle de l'index gauche, cherche à l'introduire dans la plaie trachéale : l'extrémité de la canule est alors perpendiculaire à la trachée, le pavillon regardant en bas. Dès que la canule a pénétré dans la trachée, relever doucement le pavillon et terminer l'introduction. On entend alors le bruit spécial de l'air expiré passant par la canule. Si ce *bruit canulaire* ne se produit pas, malgré que la canule soit en place, il faut de suite écouvillonner le tube, sans doute obstrué par une fausse membrane.

Quand la canule ne peut pas être introduite comme il vient d'être dit, il faut pénétrer dans la plaie trachéale avec le *dilatateur*, écarter ses branches et, après avoir perçu la respiration par l'orifice dilaté, introduire la canule entre les branches de l'instrument.

Aussitôt la canule en place, l'enfant est assis; les cordons passés dans les oreilles du pavillon sont noués derrière le cou; on fait tousser l'enfant, qui expulse alors des mucosités et du sang, on lui donne une boisson alcoolisée, et on le couche dans un lit chaud, la tête basse.

Accidents de l'opération. — *Hémorragie artérielle.* — Exceptionnelle; placer une pince hémostatique; ne lier qu'à la fin de l'opération.

Hémorragie veineuse. — Ne pas s'inquiéter de l'hémorragie en nappe : introduire la canule, qui, une fois en place, constitue le meilleur moyen hémostatique; si l'hémorragie persiste, disposer autour de la canule, entre son pavillon et la plaie, plusieurs épaisseurs de gaze stérilisée, qui feront tampon.

Emphysème sous-cutané. — Est évité en ayant soin de ne pas faire une incision cutanée plus courte que l'incision trachéale.

Asphyxie. — Terminer l'introduction de la canule ou au moins placer le dilatateur. Faire la respiration artificielle prolongée au moins une demi-heure.

Pansements. — Environ toutes les trois heures, retirer doucement la *canule interne*. La passer à l'eau bouillante, la nettoyer complètement, et la remettre en place.

La *canule externe*, pour son nettoyage et celui de la plaie, est retirée 24 ou 36 heures après l'opération. Il est rare d'avoir besoin de se servir du dilatateur pour la remettre en place. Chaque jour, la canule externe est retirée; et on essaye, dès les premiers jours, tout en surveillant étroitement l'enfant, de le laisser un temps de plus en plus long respirer sans canule.

L'*ablation définitive* sera aussi précoce que possible (du 3e au 12e jour); passé deux semaines, il est possible que l'enfant ne puisse plus se passer de canule : il est devenu « *canulard* ». Cette dernière complication peut être due à l'existence de bourgeons charnus, où à un spasme de la glotte, causé lui-même par de petites ulcérations : on fera des attouchements intra-laryngés avec divers topiques (huile mentholée, acide lactique); mais il faut savoir que cette complication tardive de la trachéotomie est la plus rebelle.

CARNET DU PRATICIEN

Constipation des femmes enceintes

1° Conseiller les légumes verts, les fruits crus mûrs, les fruits cuits, les compotes, le miel.

2° Eviter avec soin les purgatifs drastiques qui *congestionnent le bassin* et les laxatifs qui déterminent de l'*accoutumance*.

3° Prendre chaque soir en se couchant et sans les croquer, un à trois comprimés de jubol.

Le jubol agit mécaniquement en augmentant le bol fécal (il prend 16 fois son volume d'eau), et en rééduquant la musculeuse intestinale par une gymnastique appropriée grâce aux ferments biliaires qu'il renferme et qui ont à son égard une action excito-motrice. Les extraits des glandes intestinales qui complètent le jubol suppléent aux glandes parésiées de l'organisme et assurent une digestion insuffisante. C'est là un *traitement complet* ne congestionnant pas le petit bassin.

4° Si nécessaire, prescrire le grand lavement à l'eau bouillie ou un quart de lavement d'huile d'olive.

Pour provoquer l'excitation réflexe de la pituitaire.

Alcool	5 grammes
Ether	5 —
Chloroforme	5 —
Menthol	1 —
Ammoniaque	XX gouttes

Ou encore :

Alcool	10 grammes
Ether	5 —
Menthol	1 —
Pyridine	2 —
Acide acétique cristallisé	L gouttes

En verser XV à XX gouttes sur un mouchoir et faire inhaler.

Dr Capitan.

Blépharite ciliaire

Lotions fréquentes à l'eau boriquée.

Le matin, au réveil, nettoyage méthodique des bords palpébraux.

Pratiquer l'avulsion des cils déviés vers la cornée.

Evacuer le contenu des petites pustules à la base des cils avec la pointe d'une aiguille à cataracte.

Prescrire une pommade à l'iodoforme à 1 p. 5, ou précipité blanc à 1 p. 10 ou mieux à l'oxyde rouge de mercure dans la proportion de 1 p. 50 à 1 p. 20, que l'on fera appliquer le soir sur les paupières avec un pinceau :

Précipité rouge	10 centigr.
Acétate de plomb cristallisé	5 —
Axonge	5 grammes
Huile d'amandes douces	V gouttes

Dr Galezowski.

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 40.000 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 33, rue J.-J. Rousseau

Le Gérant : Docteur Lucien-Graux.

ÉCHOS

Le poison des Borgia.

M. le Dr Courtadon vient de publier un travail des plus curieux sous le titre : *Les derniers Valois sont-ils morts empoisonnés?* (1). Dans ce travail non moins intéressant au point de vue médical qu'au point de vue littéraire et historique, notre confrère conclut à la mort naturelle des derniers Valois : François II, Charles IX, le duc d'Alençon n'ont pas été empoisonnés comme certains l'ont admis, mais à ce propos, il consacre quelques pages très originales à l'étude des poisons et des procédés d'empoisonnement, si souvent employés à cette époque. Voici quelques détails sur un de ceux qui ont fait le plus de bruit, le poison des Borgia.

Les plus illustres familles italiennes possédaient des mixtures toxiques dont le secret se transmettait de génération en génération sans jamais transpirer en dehors.

Le poison des Borgia est la plus célèbre de ces compositions; on ne connaît malheureusement pas toutes les substances qui le formaient : Il portait le nom de *cantarella*. C'était, au dire de Saöle Sovio « une espèce de poudre blanchâtre qui ressemble en quelque manière à du sucre et dont on avait fait épreuve sur un grand nombre de pauvres innocents qui en étaient morts dans un misérable état ».

C'était un poison complexe dans la composition duquel entraient des substances minérales et organiques. Le principe en est le suivant : Lorsqu'on empoisonne un animal par une substance quelconque et que l'on recueille ensuite des liquides qui s'échappent de son cadavre en putréfaction, ceux-ci renferment un poison très violent et beaucoup plus toxique que ne l'était la matière première cause de la mort. Ces liquides contiennent en effet le poison primitif profondément modifié par son passage dans le milieu vivant.

Les alcaloïdes qui prennent naissance dans ce milieu organique sont, d'après Armand Gautier, des ptomaïnes, provenant de la putréfaction des cadavres, des leucomaïnes dues aux fermentations normales ou anormales, enfin des toxines élaborées par les microbes pathogènes. Ces alcaloïdes se combinent étroitement avec les métaux ou métalloïdes accidentellement introduits dans l'organisme et donnent ainsi des composés stables excessivement toxiques.

Voilà donc un moyen très simple d'exalter la virulence d'un poison. Son passage à travers un corps organique le dotera d'un pouvoir toxique plus grand. De même que l'on obtient l'exaltation du virus rabique par exemple en l'inoculant au lapin, on a ainsi *une gamme de virulences progressives*.

La préparation de la cantarella était la suivante : on prenait un porc ou de préférence une truie sur le point de mettre bas : on lui administrait de l'arsenic à dose suffisante pour provoquer la mort. Quand l'animal était mort, on lui ouvrait le ventre, on saupoudrait d'acide arsénieux ses organes abdominaux et on attendait que la putréfaction fût complète. Les liquides qui s'écoulaient étaient concentrés par évaporation et sous forme d'une poudre blanche ils présentaient le fameux poison.

Dans une autre préparation on retrouve cette association : dans le *venin crapaudin* « les meschans bourreaux et empoisonneurs, dit Ambroise Paré, font plusieurs venins desquels il faut plutôt taire que dire : exalhation, morsures, bave et urine des crapauds sont fort venimeux». Voici comment on procédait; on empoisonnait un crapaud par de petites doses d'arsenic; on l'excitait en le battant pour lui faire sécréter son venin et on le saupoudrait comme précédemment en attendant la putréfaction. Ce poison très virulent était souvent utilisé au XVIe siècle. Ambroise Paré dit l'avoir retrouvé dans le cadavre d'un empoisonné dont il pratiqua l'autopsie (?).

(1) Thèse de Paris, chez Ollier-Henry.

Une grève générale de médecins en Autriche

En prévision d'une grève générale, ultime ressource que les médecins autrichiens puissent opposer au vote des nouveaux projets législatifs de « réforme sociale » absolument ruineux pour les médecins praticiens, l'association dite : « Les médecins organisés d'Autriche », réunissant 10 p. 100 des confrères de l'empire, vient d'établir un tarif modéré, pour permettre à tous les citoyens, même non fortunés, de recourir aux soins médicaux pendant la durée de la grève médicale, à la condition que les honoraires soient payés sur place.

Les familles dont le revenu est inférieur à 1.200 couronnes paieront une couronne (1 fr. 05 par visite).

Si la visite a lieu au domicile du malade, on exige un déplacement lointain, ou si le revenu de la famille est supérieur à 1.200 couronnes, le tarif est sensiblement augmenté, tout en restant dans les limites modérées. Les consultations seront tarifées de 5 à 10 couronnes.

L'association a porté cette décision et son tarif à la connaissance du public, en lui faisant savoir que l'attitude des médecins est commandée par la loi en discussion, laquelle rendrait intenable et impossible la pratique médicale privée dans les familles peu aisées et dans les classes moyennes.

VILLES DE SAISON

CE QUI SE PASSE

Les eaux minérales en Allemagne

Les exportations d'eaux minérales allemandes ont diminué de 1908 à 1909 de 2.020.000 marks.

A l'Académie

Demandes d'autorisation pour les sources Saint-Albert, à Vals-les-Bains, Georgillet, à Evian, Glasbüger, à Doberan (Grand duché de Mecklembourg).

REVUE FINANCIÈRE

Un grand nombre de médecins, ne pouvant suivre d'une façon répétée le mouvement financier, ont demandé à ce journal de leur rédiger une chronique les renseignant d'une façon impartiale.

La situation est très saine en ce moment et aucun nuage ne trouble l'horizon à la Bourse.

Toutefois l'année 1910 n'a pas été très bonne parce que la clientèle a été trop sollicitée par de multiples émissions qui ont absorbé son disponible.

C'est ainsi qu'il a été émis et introduit pour 5 milliards 611.410.062 francs de valeurs cette année

La faveur du public s'est portée sur les valeurs de banque dont les bénéfices ont été particulièrement fructueux en raison précisément de ces nombreuses émissions.

	31 déc. 1909	31 déc. 1910
Banque de France	4 310 »	4.210 »
Banque d'Algérie	1 645 »	1.745 »
Banque de Paris	1 794 »	1 860 »
Comptoir d'Escompte	792 »	946 »
Crédit Foncier de France	816 »	825 »
Crédit Lyonnais	1 378 »	1.485 »
Société Générale	704 »	750 »
Union Parisienne	933 »	1.132 »

Une plus-value importante a marqué l'essor de ces titres. Il parait certain que la plupart d'entre eux ont encore une marge importante de hausse et nous croyons que les capitalistes qui les mettraient même aux cours actuels en portefeuille n'auraient pas à s'en repentir.

Les transports ont par contre été mauvais et les pères de familles qui, très prudents, croyaient pouvoir compter sur ces valeurs doivent s'en repentir fortement Voici plusieurs années qu'ils baissent d'une façon continue et cette année encore ne leur a pas été favorable.

	31 déc. 1909	31 déc. 1910
Est	923 »	890 »
Lyon	1 3 2 »	1.195 »
Nord	1.174 »	1.135 »
Midi	1.751 »	1.590 »
Orléans	1.428 »	1.313 »
Ouest	976 »	937 »

Les autre valeurs n'ont pas subi de grandes différences. Les obligations du Crédit foncier sont en moins-value (14 francs, Foncières 1909; 11 francs. Communales 79; 12 fr. Foncières 1892) Suez a monté de 5.005 à 5.535. Rio est descendu de 2.003 à 1747.

Les charbonnages sont complètement arrêté dans leur essor par suite des inondations et du mauvais fonctionnement du Nord.

Nous ne voudrions pas prolonger outre mesure cette première causerie persuadé que la lecture du tableau ci-dessous des variations de quelques valeurs de la cote sera autrement instructive qu'une longue dissertation.

	31 déc. 1909	31 déc. 1910
Rente française 3 0/0	98 77	97 15
Russe Consolidé	95 85	98 60
Russe 3 0/0 1891	80 »	84 50
Russe 5 0/0	103 55	105 15
Russe 4 1/2 0/0	100 75	104 25
Extérieure	97 70	94 90
Turc unifié	95 10	93 60
Serbe	87 70	88 80
Brésil 4 0/0	89 »	90 35
Saragosse	416 »	425 »
Nord de l'Espagne	360 »	403 »
Thomson-Houston	780 »	807 »
Métropolitain	616 »	596 »
Nord-Sud	340 »	313 »
Sosnowice	1.505 »	1.380 »
Maltzoff	904 »	1 649 »
Hartmann	564 »	664 »

Nous nous efforcerons d'être utile à nos lecteurs en analysant avec eux sur documents précis l'état du marché et en essayant d'en dégager les tendances.

A. S. Weill

REVUE IMMOBILIÈRE

Des lecteurs nous demandant souvent des renseignements immobiliers nous leur donnons ci-dessous quelques indications de nature à les intéresser par leur caractère particulièrement avantageux.

Il n'est donné de réponses que par lettres adressées aux bureaux du journal au nom du signataire.

HOTELS PARTICULIERS

Parc Monceau. — Près de la place Malesherbes, nous recommandons comme affaire exceptionnellement avantageuse un très bel hôtel, installé avec le dernier confort et possédant deux grands salons, fumoir, bibliothèque, sept chambres de maitres, toutes avec cabinet de toilette, deux salles de bains, cinq chambres de domestiques. Prix : 275.000 fr. (1)

Avenue Henri-Martin. — A quelques mètres de l'avenue Henri-Martin, nous connaissons un hôtel des plus intéressants, avec un très joli jardin. Cet hôtel se compose de deux salons, grande salle de billard, huit chambres de maitres, salles de bains, quatre chambres de domestiques. Prix très avantageux à 225 000 francs. (2)

IMMEUBLES

Maison à vendre, avenue Montaigne même, à quelques mètres de la place de l'Alma.

Revenu brut 13.000 francs environ. Prix demandé: 210.000 francs. Situation exceptionnelle et du plus grand avenir. (3)

Rue Spontini, Maison Moderne.

Revenu brut 22.200 francs environ. Prix demandé : 340.000 francs contrat en mains. En conservant un prêt à un taux avantageux, on a un revenu de 5.30 0/0. (4)

PROPRIÉTÉS

Aux environs de Meulan (S.-et-Oise), 45 minutes Paris Saint-Lazare, recommandons une véritable occasion. Château moderne en parfait état avec de nombreuses chambres, calorifère, eau et électricité partout, même dans le parc qui est très beau et une contenance totale de 25 hectares d'un seul tenant, clos de murs, avec des prairies et un magnifique potager ; région très saine et très giboyeuse. Prix: 150.000 francs y compris un mobilier très important. (5)

L. de Sorbier.

82e Année (Série XIIIe) — N° 77 LE NUMÉRO : 25 CENTIMES Mercredi 18 Janvier 1911

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

Abonnements et Vente au Numéro
Librairie Médicale J. ROUSSET
1, Rue Casimir-Delavigne
PARIS

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale........ 15 fr.
Édition Espagnole .... 10 fr.
Édition Portugaise.... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

DIRECTION & RÉDACTION
11 bis, Rue Villebois-Mareuil, PARIS
DIRECTEUR : Dr LUCIEN GRAUX
Lauréat de l'Institut

Ancienne *Gazette de Santé*
(139e Année)

Hors concours, Membre du Jury
Exposition franco-britannique 1908
Vice-Prés. Expos. Bruxelles Cl. 16

ÉCHOS

Académie de Médecine.

Renouvellement partiel : 1° des Commissions des correspondants nationaux et étrangers.

1re division. — Membres à remplacer : MM. Hallopeau, Raymond, Farabeuf; — Membres nouveaux proposés : MM. Balzer, Roger, Dastre.

2e division. — Membres à remplacer : MM. Richelot, Bar; — Membres nouveaux proposés : MM. Pozzi, Ribemont-Dessaignes.

4e division. — Membres à remplacer : MM. Ponchet, Loiss; — Membres nouveaux proposés : MM. Béhal, Gariel.

2° De la commission des associés nationaux et étrangers : MM. Hallopeau, Raymond, Farabeuf, Vallin, Richelot, Bar, Barrier, Hanriot, Meillère; — Membres nouveaux proposés : MM. Vallin, Blanchard, Magnani Roger, Peyrot, Champetier de Ribes, Benjamin, Béclère, Mouren.

Renouvellement partiel des Commissions permanentes :

Epidémies. — Membres à remplacer : MM. Fernet, Vincent; — Membres nouveaux proposés : MM. Gaucher, Mosny.

Eaux minérales. — Membres à remplacer : MM. Monod (H.), Duguet, Moureu; — Membres nouveaux proposés : MM. Yvon, Landouzy, Bourquelot.

Remèdes secrets. — Membres à remplacer : MM. Béhal, Robin; — Membres nouveaux proposés : MM. Marty, Regnard.

Vaccine. — Membres à remplacer : MM. Kaufmann, Porak; — Membres nouveaux proposés : MM. Lucet, Pinard.

Hygiène de l'enfance. — Membres à remplacer : MM. Bar, Champetier de Ribes; — Membres nouveaux proposés : MM. Doléris, Ribemont-Dessaignes.

Tuberculose. — Membres à remplacer : MM. Cadiot Le Dentu, Widal; — Membres nouveaux proposés : MM. Lucet, Quénu, Thoinot.

Renouvellement partiel de la Commission du prix Audiffred. — Membres à remplacer : MM. Troisier, Malassez; — Membres nouveaux proposés : MM. Fernet, Roger.

L'A. P. et les inondations de 1910.

Les inondations ont laissé derrière elles de gros dégâts s'élevant à plus d'un million et demi, se répartissant ainsi : Ivry, 541.975 fr.; Ménages, 477.350 fr.; Salpêtrière, 269.475 fr.; Boucicaut, 32.500 fr.; La Roche-Guyon, 15.000 fr.; divers établissements, 117.000 fr.; dépenses de matériel, transports, etc., 289.600 francs.

Ecole Pratique de Stomatologie.

Enseignement exclusivement clinique et pratique. Tous les professeurs sont des docteurs stomatologistes. Un mois : 100 francs; 2 mois, 150 francs; 3 mois : 200 francs; un an, 500 francs. Ceux des élèves auditeurs libres ne prenant pas part aux travaux pratiques, moitié du tarif normal. S'adresser au Dr Charézieux, directeur de l'Ecole, 182, boulevard Saint-Germain.

Nous croyons que cette Ecole, placée sous l'excellente direction des Drs Charézieux, Jaïs et Orige, est appelée à un grand avenir.

Société de médecine publique et de génie sanitaire

Cette Société a procédé, dans sa dernière séance, au renouvellement de son bureau pour l'année 1911. Voici la composition de ce bureau qui entrera en fonctions à la séance du 25 janvier courant : président, M. le professeur Chantemesse; vice-présidents, MM. Bertillon, Vincent, Kern et Launay; secrétaire général, M. Mosny; secrétaires-généraux-adjoints, MM. Borne et Le Couppey de La Forest; archiviste-bibliothécaire, M. Chassevant; trésorier, M. Galante, MM. Dreyfus, Lanbry et Jonve ont été élus secrétaires des séances.

Nous sommes heureux de voir nos éminents directeurs scientifiques, M. le professeur Chantemesse, élu président et M. Chassevant, agrégé, archiviste. La *Gazette* leur adresse ses bien sincères félicitations.

Société médicale des praticiens.

La Société médicale des praticiens a renouvelé son bureau pour 1911. Ont été élus : Président, M. Le Filliâtre; vice-président, MM. Georges Rosenthal et Regnault; secrétaire général, M. Barlerin; secrétaires des séances, MM. Morice et Risacher.

Nos félicitations à nos bons amis Le Filliâtre et Rosenthal.

Société de radiologie médicale des Hopitaux.

Les élections pour le Bureau (année 1911) ont donné les résultats suivants : *Président*, M. le Dr Béclère; *Vice-Président*, M. le Dr Guilleminot; *Secrétaire général*, M. le Dr Haret; *Trésorier*, M. le Dr Aubourg; *Secrétaires des Séances*; MM. les Drs Darbois et Lobligeois.

M. le Dr Delherm a été nommé *membre du conseil* pour trois ans en remplacement de M. le Dr Lenglet, membre sortant non rééligible.

M. le professeur Rutherford, de l'Université de Manchester, a été nommé *membre d'honneur*.

M. le Dr Gosta-Forssell, chef du service de radiologie à l'hôpital royal des Séraphins de Stockholm, Suède, a été nommé *membre correspondant*.

Société médicale des bureaux de bienfaisance de Paris

Le bureau est ainsi constitué pour 1911 :

Président, M. Biard; vice-présidents, MM. Vigouroux et Lobligeois; secrétaire-général, M. Billon; trésorier, M. Chaumont; archiviste, M. Yvon; secrétaires des séances, MM. Carel, Le Mière.

Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux

La Société vient de tenir sa séance solennelle, elle a décidé de prendre à l'avenir le titre de Société anatomo-clinique de Bordeaux. Son bureau pour 1911 est ainsi constitué :

Président, M. Anglade; vice-présidents, MM. Princetteau et Verger; secrétaire général, M. Philip; secrétaire général adjoint, M. Carbonnel; trésorier, M. Fromaget; conservateur des collections, M Lafite-Dupont; secrétaire des séances, MM. Sonm et Bran-Tapie; conseil d'administration : MM. E. Bitot, Cruchet et Dupérié.

La Société a décerné les récompenses suivantes :

Rappel de premier prix et médaille de vermeil : M. Dupérié.

Premier prix (médaille d'argent et 100 francs) : M. Got.

Deuxième prix (médaille d'argent et 100 francs) : MM. Jean Ferron et Aubier.

Médailles d'argent : MM. Dantin, Hamel et Balard

Société de l'Internat.

Le bureau de la Société de l'internat des hôpitaux de Paris est ainsi constitué pour 1911 :

Président : M. Monprofit, d'Angers; vice-président : M. Coudray; secrétaire général : M. Jayle; trésorier : M. Hallion; archiviste : M. Le Fur;

Nos félicitations à notre éminent docteur scientifique, M. Montprofit élu Président et à notre excellent ami M. Coudray élu vice-président.

Œuvre Parisienne de secours immédiat et d'assistance à la famille médicale.

Voici le nouveau bureau de cette œuvre excellente :

Président d'honneur : M. Bucquoy; président : M. Lucas-Championnière; vice-présidents : MM. Ducor et Vimont; secrétaire général : M. Granjux; secrétaire général adjoint : M. Berruyer; secrétaires des séances : MM. Chancel et Chapon; trésorier : M. Butte.

Fièvre typhoïde à Début brusque
PAR NÉPHRITE HÉMORRAGIQUE

Par le Docteur Al. PISSAVY
Médecin des Hôpitaux
et M. GAUCHERY
Interne des Hôpitaux

I. — Le 7 septembre 1910, entrait à l'hôpital de la Pitié (salle Serres, n° 35) nn jenne homme de dix-huit ans, qui présentait tous les symptômes d'une néphrite aiguë hémorragique. Les nrines, d'abondance normale, avaient nne coloration rouge noirâtre; elles renfermaient nne grande quantité d'albnmine. L'examen microscopique du sédiment révélait la présence de cylindres granleux et hématiques et de globules rouges déformés. L'ensemencement dn sang et des urines resta négatif, mais nous ne pouvons rien conclure de ce résultat, car nous avons constaté ultérieurement que l'étuve fonctionnait mal. Une céphalée intense, un pouls dicrote battant à 100, une température voisine de 40 degrés, des râles de bronchite disséminés dans les deux poumons, un état saburral des voies digestives avec constipation, de l'hypertrophie de la rate, et, enfin, un œdème assez marqué des membres inférieurs complétaient le tableau morbide.

L'interrogatoire nons apprenait que les accidents, dont le début remontait à huit jours, avaient éclaté d'une façon brusque, à la suite d'un refroidissement.

Le dicrotisme du pouls, son défaut de parallélisme avec la température et l'hypertrophie splénique auraient pu nous faire songer au diagnostic d'infection éberthienne, qui devait se vérifier plus tard, si nous avions eu présents à l'esprit les caractères de la dothiénentérie à forme rénale précoce. En fait, la fièvre typhoïde ne fut reconnue que huit jours plus tard, à l'apparition des taches rosées.

Celles-ci se montrèrent le 14 septembre; au même moment, la diarrhée remplaçait la constipation. Le séro-diagnostic était positif à 1/50 et négatif à 1/100. Cinq jours après, il était positif à 1/100 et douteux à 1/200.

Du 15 au 20 septembre, la quantité de sang contenu dans les urines et la proportion de l'albumine commencèrent à diminuer. Le 20, apparurent les oscillations thermiques du stade amphibole. Le 5 octobre, l'apyrexie était complète et les urines parfaitement claires. Le taux de l'albumine était tombé à 0 gr. 50 par litre. Le 9 octobre, survint une crise polyurique de 4 à 5 litres par jour, qui persistait encore lorsque le malade quitta l'hôpital le 25 octobre: il n'avait plus à ce moment que 0 gr. 25 d'albumine par litre.

En somme, malgré l'importance des symptômes rénaux, la maladie, en trente-cinq jours, avait achevé son évolution. Celle-ci s'était même montrée si régulière qu'on aurait pu donner le cas comme nn type de dothiénentérie classique de moyenne intensité si l'on avait pu faire abstraction de la brusquerie dn début et des symptômes de néphrite aiguë qui avaient marqué l'éclosion du processus infectieux.

Si la néphrite aiguë grave avec albuminurie abondante et *hématurie* se rencontre de temps en temps au cours de la fièvre typhoïde, il est assez exceptionnel de la rencontrer à la période initiale, avant l'apparition des taches rosées. Cependant, en analysant les observations des thèses d'Amat (1), de Didion (2) et de Zègre (3), nous avons trouvé cinq observations qui se rapprochent de la nôtre.

La première (thèse d'Amat) est celle d'un tailleur de vingt-quatre ans, pris, à la suite d'nn refroidissement, de céphalée, de fièvre et de malaises tels qu'il dnt s'aliter immédiatement. A son arrivée à l'hôpital, sept jours plus tard, il présentait nne température de 39 degrés, nn pouls à 90, de la bonffissure du visage, des urines sanglantes et fortement albumineuses. L'apparition de taches rosées permit de réformer, au bont de quarante-huit heures, le diagnostic de néphrite aiguë *a frigore* qu'on avait porté tout d'abord. Le malade guérit.

II. — Le second cas (thèse de Didion) concerne un brasseur de trente-sept ans qui arriva à l'hôpital avec les symptômes suivants : stupeur profonde, température de 39°2, pouls à 98, rate hypertrophiée, urines rares, très albumineuses. Il était malade depuis dix jours.

Dès le lendemain de son admission, le malade cessa d'uriner. On lui donna de l'extrait aqueux de jaborandi qui provoqua une diurèse suffisante, mais les urines devinrent sanglantes. Cinq jours plus tard, les taches rosées apparaissent.

Le malade put quitter l'hôpital au bout de trois semaines, ne conservant plus que quelques traces d'albumine.

III. — La troisième observation (thèse de Didion) est celle d'une jeune femme de vingt ans.

Cette malade fut prise tout à coup de céphalée, de nausées, d'étourdissements, d'oligurie et d'hématurie. Les urines contenaient une grande quantité d'albumine.

Les taches rosées apparurent au bout de huit jours. A partir de ce moment, l'état s'aggrava de plus en plus. La malade mourut au quatorzième jour de sa fièvre typhoïde. Les reins furent trouvés volumineux et très congestionnés.

IV. — Dans le quatrième cas (Thèse de Didion), il s'agit d'une femme de vingt et un ans, prise, elle aussi, brusquement, de céphalée, de rachialgie, de vomissements et de diarrhée. Elle entra à l'hôpital cinq jours après le début des accidents. A ce moment, la fièvre était vive et le pouls fort. Les urines rares et troubles contenaient une grande quantité d'albumine. Elles devinrent hémorragiques trois jours plus tard, puis les taches rosées apparurent. La mort survint au huitième jour de la dothiénentérie. Comme dans le cas précédent, les reins étaient gros et congestionnés.

V. — Le cinquième cas enfin (Thèse de Zègre) concerne un portefaix de vingt et un ans entré à l'hôpital au cinquième jour d'une fièvre grave. Quarante-huit heures après le début des accidents, le malade avait déjà remarqué la couleur noirâtre de ses urines. A son entrée, on constatait qu'elles contenaient une proportion notable de sang, une grande quantité d'albumine et de nombreux cylindres. La température était 39°7, le pouds à 101. Le foie et la rate étaient hypertrophiés et l'on notait dn gargouillement dans la fosse iliaque droite. Le malade succomba au treizième jonr de sa fièvre typhoïde.

***

Les observations qui viennent d'être résumées et celle que nous apportons nous-mêmes présentent quelques particularités qu'il importe de mettre en relief.

La première est la brusquerie avec laquelle l'infection a éclaté et l'importance des accidents rénaux constatés dès le début.

Nous devons signaler en second lieu l'importance que paraît avoir l'abondance de la diurèse en ce qui concerne le pronostic.

Dans deux des trois cas mortels que nous avons rapportés, il y eut oligurie persistante; dans le troisième, la quantité des urines n'est pas indiquée.

Inversement, chez notre malade qui guérit, la diurèse fut constamment satisfaisante. Chez le malade de l'observation II, qui guérit également, il y eut, à vrai dire, diminution et même suppression des urines, mais l'oligurie fut tout à fait passagère. Dans le trois cas (observation I), à terminaison favorable, il n'est pas fait mention de la quantité des urines.

Malgré tout, la fièvre typhoïde avec néphrite hémorragique précoce présente un caractère de gravité incontestable, puisque, dans les observations que nous avons pu recueillir, la mort survint une fois sur deux.

Une dernière question reste à discuter, c'est la question du diagnostic. Chez notre malade — et il paraît en avoir été de même dans la plupart des autres observations — le diagnostic étiologique de la néphrite resta en suspens jusqu'à l'apparition des taches rosées.

Or, il semble bien qu'on eût pu soupçonner beaucoup plus tôt l'infection éberthienne, grâce à deux symptômes qui paraissent à peu près constants : l'hypertrophie de la rate d'abord, et surtout le défaut de parallélisme entre le pouls et la température. Dans toutes les observations où le pouls et la température sont indiqués, nous voyons celle-ci se maintenir aux environs de 40, alors que le nombre des pulsations reste entre 90 et 100. C'est là, croyons-nous, un élément de diagnostic d'une importance capitale, et nous conclurions volontiers en disant que toute néphrite aiguë grave avec hyperthermie en plateau et pouls relativement lent doit faire immédiatement songer à une infection éberthienne.

(1) *Thèse* de Paris 1878.
(2) *Thèse* de Paris 1883.
(3) *Thèse* de Paris 1893.

NOS COLLABORATEURS

Nos colonnes sont ouvertes à tous et nous publions les articles et notes pratiques d'un caractère original et pouvant intéresser les praticiens que nous envoient nos lecteurs, abonnés ou non.

Nous cherchons ainsi à recueillir des faits cliniques observés tant en France qu'à l'étranger et qu'il importe souvent de mettre en lumière.

REVUE CLINIQUE

Les formes cliniques des affections gastro-intestinales aiguës des nourrissons et leur traitement (*Rev. de Thér. méd.-chir.*).

Les affections gastro-intestinales aiguës des nourrissons revêtent quatre formes principales. Chacune de ces modalités cliniques comporte des indications thérapeutiques particulières.

1° *Formes légères apyrétiques.* — Si la diarrhée est peu marquée, on espacera les tétées et on diminuera leur nombre. On étendra le lait, ou bien l'on additionnera chaque biberon de la solution, préalablement stérilisée à l'autoclave :

Chlorure de sodium .. .	7 grammes
Gélatine pure..........	100 —
Eau distillée...	1.000 —

Le cas échéant, on prescrira la diète hydrique. En même temps, on donnera une légère purgation (huile de ricin ou calomel) et on favorisera l'exonération du gros intestin par une ou deux entéroclyses faites avec de l'eau bouillie ou de l'eau de guimauve.

Lorsque les accidents (vomissements, diarrhée) auront cédé au traitement, on reviendra progressivement à une nourriture normale. On pourra, comme aliment de transition, donner du babeurre pur et sucré.

Quand les selles sont peu liquides, mais fétides, ou que les phénomènes aigus ont succédé à une période de constipation, on prescrira la diète hydrique, le bouillon de légumes de Méry, puis le babeurre. En même temps, on combattra la fétidité des selles par le calomel à petites doses, le benzonaphtol ou le salacétol (0 gr. 50 à 1 gramme par jour, en quatre prises). On restreindra la fluidité des gardes-robes par le bismuth ou le tannigène (0 gr. 50 à 1 gr.). On favorisera la digestion par l'eau de Vichy ou la poudre suivante :

Bicarbonate de soude..	0 gr. 05 à 0 gr. 20
Carbonate de chaux...	— —
Phosphate de chaux...	— —

Pour un paquet, 3 à 4 par vingt-quatre heures.

Si l'enfant est constipé, on lui administrera de légers laxatifs (magnésie calcinée, huile de ricin, sulfate de soude, manne) ou des lavements.

2° *Formes fébriles.* — On ordonnera la diète hydrique et on purgera le malade avec de l'huile de ricin, du sulfate de soude ou du calomel. On fera des lavages intestinaux avec une solution chlorurée sodique à 7 p. 1.000. On emploiera, le cas échéant, les lavages d'estomac.

On restreindra les fermentations par l'acide lactique (formule du professeur Hutinel). On calmera les douleurs en plaçant, sur l'abdomen des compresses chaudes et humides. On combattra la fièvre par les bains tièdes (31 à 35°) ou frais (26 à 30°), et, au besoin, par l'antipyrine et le pyramidon. On diminuera l'excitabilité nerveuse par le bromure de potassium (0 gr. 10). On remontera les forces à l'aide du sérum artificiel, du thé, du café, du rhum.

3° *Formes hypothermiques ou algides* (choléra infantile). — On instituera, comme dans les cas précédents, la diète hydrique ; mais au lieu d'eau, on donnera, pour éviter la déshydratation des tissus, des solutions salines. On s'abstiendra des purgatifs pour ordonner l'acide lactique, les lavages gastriques et intestinaux, les injections de sérum artificiel. On réchauffera l'enfant par les enveloppements ouatés, les bains à 38°, les bains sinapisés. On combattra la dépression par les injections d'éther, d'huile camphrée, de caféine, les grogs, le champagne, le vin d'Espagne, le Madère, le Porto, etc. L'opium et la morphine seront rarement employés.

Lorsque les phénomènes aigus seront passés, il faudra éviter l'inanition. Si la diarrhée persiste, on prescrira le bouillon de poulet, la viande de mouton crue, le bismuth.

4° *Variété dysentériforme.* — On prescrira d'abord la diète hydrique et on administrera un purgatif (sulfate de soude ou huile de ricin). On s'abstiendra toutefois du calomel. On lavera l'intestin avec du sérum ou de l'eau de guimauve. On donnera des bains tièdes.

Si les vomissements persistent, on fera des lavages d'estomac. On placera des compresses chaudes et humides sur l'abdomen. On prescrira l'acide lactique, associé, si les douleurs sont vives, à l'élixir parégorique ou au laudanum.

Lorsque sera venu le moment de reprendre l'alimentation, on recommandera l'eau de riz, le bouillon de légumes, les potages, les bouillies, les panades. On défendra, tant que l'enfant ne sera pas guéri, l'usage du lait et de ses dérivés. On continuera, pendant quelque temps, le sulfate de soude à petites doses et les lavages de l'intestin.

REVUE DE BIOLOGIE

Le pigment du lobe postérieur de l'hypophyse chez l'homme, par MM. J. Clunet et V. Jonnesco.

Les histologistes semblent se désintéresser de la structure du lobe postérieur de l'hypophyse, qu'ils considèrent comme un simple résidu conjonctif et névroglique: par contre, tous les travaux récents des physiologistes semblent montrer que le lobe postérieur et particulièrement la substance de la zone la plus reculée de ce lobe postérieur joue un rôle physiologique plus important que la substance du lobe antérieur.

Les auteurs ont entrepris une série de recherches sur la structure du lobe postérieur de l'hypophyse chez l'homme et les animaux à l'état normal et dans diverses conditions pathologiques. Dans cette première note, ils étudient le pigment du lobe postérieur de l'hypophyse chez l'homme. Cette substance ne présente pas les réactions ferriques, ni celles des lipochromes, elle doit être classée parmi les mélanines, mais se distingue par un certain nombre de caractères chimiques des autres mélanines de l'organisme humain normal et pathologique. C'est du pigment de la zone réticulée des surrénales qu'elle se rapproche le plus par ses affinités chimiques; mais elle s'en distingue par ses réactions colorantes, notamment par la teinte vert brillant que lui confère le cresilblau après fixation au sublimé.

(*Soc. de Biol.*).

Nouveau procédé de filtratioo par centrifugation, par MM. R. Sabouraud et A. Vernes

Les défauts des appareils actuels des filtrations ne sont pas à démontrer. Les filtrations par pression et par aspiration présentent d'égales difficultés.

Les auteurs croient donc réaliser un gros progrès à ce sujet par l'adaptation des turbines à centrifugation actuelles à la filtration des liquides. Voici le dispositif dont ils se servent :

1° On peut introduire dans un godet de la centrifugeuse une bougie de porcelaine, soit une bougie à tête débordante reposant par l'intermédiaire d'un simple anneau de caoutchouc sur l'ouverture du tube, soit une bougie sans tête reposant directement sur le fond du godet de verre. On a ainsi un appareil qu'on peut stériliser aisément.

La bougie ainsi placée supporte 6.000 tours à la minute et même davantage sans casser. La filtration est opérée en quelques minutes;

2° Il est aisé de revêtir la face interne de la bougie, de collodion pour le filtrage des liquides organiques et ce procédé appliqué à l'étude des sérums donnera sans doute des résultats incessants.

Ce procédé permet d'obtenir en quelques minutes des résultats dont l'obtention aurait demandé jusqu'ici plusieurs heures.

(*Soc. de Biol.*).

La déviation du complément dans la pancréatite aigüe expérimentale, par MM. Gilbert, Chabrol et Brun.

En présence de l'antigène rénal, l'anticorps ne fixe pas le complément. Il est spécifique suivant les animaux, vis-à-vis du pancréas seul ou vis-à-vis du pancréas et du foie. Sa spécificité n'est donc que relative.

(*Soc. de Biol.*).

Différenciation du méningocoque et des germes similaires par l'épreuve du péritoine, par M. Dopter.

Dans la recherche du méningocoque dans le rhino-pharynx, il est parfois peu aisé de différencier ce dernier germe des bactéries similaires; et l'interprétation est difficile pour le bactériologiste expert, à qui incombe le rôle important de dépister les porteurs de méningocoques. On peut cependant, d'une façon certaine, assurer l'identification des germes douteux par la nouvelle réaction que l'auteur expose.

Quand on injecte à un cobaye de 250 grammes, dans le péritoine, 1 centimètre cube de sérum antiméningococcique non chauffé, et vingt-quatre heures après, une dose non mortelle de méningocoques (1/6 de culture sur agar) les germes disparaissent de l'exsudat péritonéal vingt minutes après cette dernière injection.

Les paraméningocoques, pseudo-méningocoques et gonocoques, injectés dans les mêmes conditions persistent en foule puis diminuent de nombre pour ne disparaître de l'exsudat qu'après une heure et demie ou deux heures.

Cette épreuve peut donc être employée utilement pour assurer la différenciation entre ces derniers germes et les méningocoques issus du rhino-pharynx ou du liquide céphalo-rachidien.

(*Soc. de Biol.*).

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Les Acnés et leur traitement, par le Dr Galand, de Cambrai. (*Echo Médical du Nord*).

Définition. — On a groupé sous le nom d'*Acnés*, des éruptions de la peau consécutives à des lésions des glandes sébacées ou à des troubles excrétoires des follicules pilo-sébacées. Les acnés siègent, le plus souvent, au visage, mais on les trouve aussi à la nuque, au dos, à la partie antérieure du thorax, dans la région pré-sternale notamment.

La forme la plus anodine de cette éruption est l'*acné simple* ou *ponctuée*. C'est donc, par définition, une saillie punctiforme. Au centre de celle-ci existe une tache noire. Si l'on comprime cette saillie on en énuclée une matière grasse, compacte, en forme de ver blanc à tête noire, qu'on appelle *comédon*.

Ce dernier est une sorte de kyste emprisonnant, parfois, un parasite spécial, le *demodex* ou *acarus folliculorum*. En résumé, l'acné est causée par la rétention des produits de sécrétion des glandes sébacées et l'inflammation que cause cette rétention. Il y a lieu de remarquer, d'autre part, que sans être fonction de la séborrhée, l'acné ne se rencontre pas moins fréquemment chez les séborrhéiques. Ajoutons que, de même que les glandes, les tissus qui les avoisinent immédiatement peuvent également participer au processus inflammatoire, *périfolliculite*.

Comédons. — L'accumulation de sébum dans le canal excréteur des glandes sébacées peut aboutir à la formation de nodules graisseux, gros comme une tête d'épingle, un pois, voire

une noisette. Ces amas peuvent renfermer des débris de cellules épithéliales, des poils, des parasites : acares, demodex, cocci, bacilles (Unna, Hodora, Malassez).

La répartition des comédons à la surface de la peau est des plus complexes. Ici, ils sont rassemblés sur une faible étendue, *comédons groupés de R. Crocker* ; là, ils s'étendent, d'un côté de la face ou du corps, en une bande plus ou moins longue : *nævu acnéique unilatéral de Selhorst*. Quoi qu'il en soit, la genèse du comédon résiderait, pour Unna, dans l'oblitération des orifices des follicules péri-glandulaires et la petite tête noire qui pointe en avant serait due à une altération de la kératine.

Etiologie

Tout agent susceptible d'irriter les follicules pilosébacés est capable de produire l'acné. On a incriminé la faiblesse, le lymphatisme. Les poussières de certains milieux sont également mises en cause : acnés des tanneurs, des bouchers, des chiffonniers; certaines acnés se remarquent chez des ouvriers manipulant l'huile de cade, le goudron, la benzine, l'iode et ses dérivés. Il existe, aussi des acnés médicamenteux, apparaissant après l'usage interne des bromures et des iodures. Dans la blépharite ciliaire, dans l'orgelet (acné hordeolaris), l'agent pathogène ne serait autre que le staphylocoque (staphylococcus pyogenes aureus). Sont parfois atteintes d'acné les personnes dont l'estomac ou l'intestin fonctionnent mal; chez ces dernières il existe des fermentations gastro-intestinales et Kapp a trouvé, dans leur urine, des acides aromatiques, de l'indican, des dérivés phénolés, d'où indication de désinfecter l'estomac et l'intestin par les bétol, benzo-naphtol, charbon végétal, ferments lactiques et surtout le soufre associé au menthol suivant la méthode du praticien belge précité.

CLASSIFICATION

La division en acnés inflammatoires et non inflammatoires est plutôt arbitraire, toute acné supposant de la congestion des tissus à son origine. Nous adopterons donc une classification différente : celle qui consiste à considérer les acnés d'après leur moindre jusqu'à leur plus sérieuse gravité.

Acné vulgaire

L'acné vulgaire ou simple (*A. Vulgaris*) se présente sous la forme d'une pustule entourée d'une zone rougeâtre. On la rencontre surtout dans les deux sexes, à l'âge de la puberté chez les sujets nerveux, constipés, dont le régime laisse à désirer et chez lesquels existe une hypersécrétion des glandes sébacées donnant à la peau un aspect luisant (séborrhée huileuse). La formation de la pustule serait due à un obstacle créé à l'excrétion sébacée par la formation de bouchons dans les conduits excréteurs. Si les comédons habitent les conduits, leux extrémité noirâtre forme un point d'où : *l'acné ponctuée*. Certains microbes : cocci ou bacilles participeraient, en d'aucuns cas, à la genèse de l'acné. D'un autre côté, il existerait, en dehors de la puberté, des troubles fonctionnels, capables, en quelques circonstances, de provoquer la dermatose dont nous nous occupons : acné des aménorrhéiques, des leucorrhéiques, des femmes enceintes.

Le siège des boutons se localise, le plus généralement, au front, au nez, aux joues, autour de la bouche et au menton.

Traitement. — Il faut penser, avant d'établir le traitement, à instaurer le régime, et pour cela, on s'inspirera des causes probables qui ont pu causer l'éruption : hérédité, tempérament, troubles fonctionnels. Chez les dyspeptiques, on s'efforcera de faciliter la digestion, d'éviter d'ectasie gastrique, de rétablir le bon fonctionnement de l'intestin. On évitera, dans ce but, les boissons trop copieuses, l'excès de viandes et de graisses, l'usage d'aliments trop condimentés, crus ou fermentescibles. Aux lymphatiques, on administrera les meilleures préparations iodées et ferrugineuses; aux strumeux, on conseillera l'huile de foie de morue; aux arthritiques, les alcalins et l'usage des eaux minérales bi-carbonatées et arsénicales.

En ce qui concerne le traitement, il y a lieu de considérer l'endroit où se manifeste l'acné.

D'une façon générale, les intéressés auront soin de laver et d'antiseptiser rigoureusement la peau. Pour cela, ils procéderont, chaque matin, à un grand lavage à l'eau bouillie chaude contenant, par litre : 30 gr. d'acide borique et 30 gr. de bicarbonate de soude. Ils s'essuieront avec un linge sec, bien propre, et à l'aide de bourdonnets de coton hydrophile imprégnés de la solution suivante :

Alcoolat de Cologne.......	150 grammes
Résorcine	5 —
Soufre lavé....... ..	5 —

Ils feront une application légère sur les parties atteintes.

Le soir, si la peau est irritée, ils enduiront les mêmes parties d'un glycérolé d'amidon boriqué.

Telle est notre pratique courante, dans la forme simple, non inflammatoire. Mais il existe d'autres formules.

Voici celle de Brocq :

« 1° S'abstenir de café, café au lait, thé, liqueurs, alcools, vin, charcuterie, poissons, coquilles, crustacés, gibier, truffes, pâtés, fromages, aliments épicés, oseille, tomates, crudités, modérer le beurre.

2° Au commencement des repas, un des cachets suivants :

Bicarbonate de soude.	0 gr. 30
Magnésie calcinée............	0 — 20
Poudre de cascara sagrada.....	0 — 15
Benzo-naphtol	0 — 15
Pour 1 cachet. Faire 20 semblables.	

3° Nettoyer la figure avec des tampons d'ouate hydrophile et de l'eau aussi chaude que possible qui aura bouilli, avec 10 gr. de son et une cuillerée à soupe de bicarbonate de soude par litre.

4° Faire le soir un savonnage des points malades au savon au naphtol; y passer ensuite de l'eau-de-vie camphrée.

5° Mettre sur les boutons, pour la nuit, un peu de la pommade suivante :

Naphtol B camphré	0 gr. 30
Résorcine.........	0 — 20
Savon noir	0 — 20
Craie préparée....	0 — 50
Soufre précipité......	1 — 50
Vaseline pure...........	0 — 20

On augmente ou diminue la vaseline suivant l'effet produit.

6° Le matin, après la toilette, passer sur la figure le mélange suivant :

Borate de soude........	10 grammes
Ether sulfurique camphré...	40 —
Eau distillée de roses.....	100 —
Eau distillée.....	150 —

Nous insistons sur la nécessité d'employer, avec prudence, les médicaments à base de soufre et de résorcine, desquamants par excellence.

Dans les formes les plus simples, les lotions chaudes, boriquées, boratées, bicarbonatées rendent de grands services.

Le lait virginal ou le lait d'amandes douces, en lotions, additionné, l'un ou l'autre, de 5 gr. de sulfate d'alumine, pour 250 centimètres cubes de véhicule, nous ont donné des guérisons sans plus.

Les auteurs recommandent, également, de procéder chaque jour, à l'énucléation des pustules. Cette énucléation se fait en comprimant l'élévation dermique, entre les ongles opposés, on à l'aide d'une pointe d'aiguille flambée qui crève la pustule et embroche le comédon.

Acné cornée

Décrite d'abord par Cazenave, étudiée ensuite par Hardy et surtout par Leloir et Vidal, cette affection est assez rare. Elle est caractérisée par des saillies pointues, rudes au toucher, réunies en îlots, à la face, à la nuque, au dos, dans la région fessière; ces saillies, dont les unes sont jaunes, d'autres cendrées ou noires, peuvent être énucléées de leur contenu, constitué par une petite masse cornée, dont l'élimination laisse béants les orifices folliculaires qui l'abritaient. Cette acné cornée est, à peu de chose près semblable à la forme décrite sous le nom d'*A. kératique* de Tennesson.

Traitement.— Il comporte le vidage des masses cornées, à l'aide de la gouge ou de la curette, suivi d'une cautérisation ou d'applications de pommades soufrées, salicylées, iodurées ou l'hydrargyre.

Acné Milium ou Grutum

Cette *gravelle de la peau*, comme on l'appelle encore s'extériorise sous l'aspect de petits grains blancs, arrondis, gros comme une tête d'épingle, en moyenne, qui, tantôt sont isolés, tantôt se rassemblent assez pour faire sous la peau une petite saillie rugueuse ou un petit nodule de la grosseur d'un grain de millet, d'où son nom, à celle d'un pois chiche. Il n'est pas rare d'observer le *milium* chez le nouveauné, où il occupe le menton, les joues et même la muqueuse du palais. Bien que plus fréquent sur les différents points du visage, le Grutum se peut rencontrer sur les organes génitaux des deux sexes, sur le scrotum où il se concrète en nodules volumineux (acné pisiforme de Hardy), dont l'ouverture montre les vestiges d'une poche fibreuse fermée (Leloir).

L'examen histologique a démontré à Neuman et à Cornil, que les grains du milium siègent dans les follicules des poils follets ou dans les glandes sébacées.

Traitement. — L'expression, qu'on préconise pour vider les petites glandes, n'est pas toujours aisée à réaliser. Il vaut mieux, d'abord, inciser et exprimer ensuite. Sur le front et autres parties moins délicates que les paupières, les applications de savon noir ou de pâtes résorcinées ou soufrées peuvent suffire à exfolier la peau et à la débarrasser.

Kystes sébacés

Les kystes ou tumeurs sébacées sont formés par la rétention du sebum, ils sont de volume et de consistance variables mais, quelles que soient leurs dimensions, leur traitement relève de la chirurgie.

Acné polymorphe

L'évolution de l'acné simple est rapide. Elle a lieu en quelques jours. Si l'on arrache ou comprime la petite papule ou papulo-pustule, un peu après son apparition, il en sort une gouttelette de pus; si l'on n'y touche pas, elle sèche et laisse une petite cicatrice blanchâtre qui rappellera son siège. Nous avons appelé cette sorte d'acné, acné vulgaire, acné simple, acné juvénile et nous en avons indiqué le traitement.

Il est une autre forme d'acné où, au lieu de disparaître, les papulo-pustules s'exagèrent et deviennent protubérantes, leur base est dure, nodulaire et teinte rouge violacé. C'est l'acné *indurée* qui, souvent suppure, laisse une cicatrice livide, indélébile et aboutit parfois à cette *acné phlegmoneuse* qui se traduit par de véritables abcès du volume d'un pois à celui d'une petite noix.

L'acné peut persister très longtemps ; dès lors, il n'est pas rare d'observer, sur la peau du malade, toutes les variétés de l'éruption : boutons rouges, pustules jaunâtres, petits abcès, points noirs, tannes, cicatrices, couperose. Bref, l'acné est devenu *polymorphe*.

Traitement. — En une telle occurence, Leloir préconisait la pommade suivante :

Vaseline.............	30 grammes
Lanoline.............	30 —
Résorcine............	5 —
Soufre...............	1 —

Le Dr Gaucher est, également, d'avis que la résorcine et le soufre sont ici, tout indiqués. Toutefois, comme, en pommade, la résorcine est tant soit peu irritante, il la prescrit en pulvérisations dans la solution que voici :

Résorcine............	1 gramme
Eau distillée........	100 gramm-s

Pour ce qui est du soufre, M. Gaucher pense que les acnéiques atteints d'anémie ont déjà la peau trop grasse et que l'enduire de pommade aggraverait encore cet état morbide des téguments. Il conseille donc d'adopter la lotion suivante :

Soufre précipité et tamisé.	6 grammes
Talc pulvérisé........	2 —
Glycérine officinale..	60 —
Eau de roses.	120 —
Teinture de quillaya......	10 —

Cette émulsion sera appliquée, chaque soir, après un lavage à l'eau très chaude.

Le lendemain matin, on se lavera de même pour enlever la poudre qui resterait adhérente au visage.

Saint-Martin recommande, contre l'acné indurée, les fumigations d'espèces aromatiques et les lotions avec le mélange suivant :

Hyposulfite de soude	4 à 8 grammes
Alun pulvérisé..........	4 à 8 —
Eau de roses	180 —
Eau de Cologne	12 —

Le port du masque de caoutchouc, pendant la nuit, est efficace dans presque toutes les variétés d'acnés.

Lorsque l'acné est profonde et très indurée, il faut avoir recours à la méthode exfoliante. Après avoir dégraissé la peau à l'aide de solutions alcalines chaudes, de lotions d'alcool et d'éther on applique, soit des pommades, soit des préparations liquides très actives.

En voici quelques-unes :

Vaseline.................	25 grammes
Savon noir...............	25 —
Amidon	25 —
Soufre...................	25 —
Acide salicylique.........	5 —
Naphtol B................	5 —
	(Besnier).

Ou bien :

Axonge benzoïnée...........	28 grammes
Oxyde de zinc.............	4 —
Ceyssatite................	2 —
Soufre précipité..........	6 —
	(Unna).

Ou encore :

Teinture de savon de potasse au 1/5................	40 grammes
Résorcine................	10 —
Soufre précipité..........	10 —
	(Darier).

qu'on applique au pinceau.

Acné chéloïdienne

On nomme *chéloïde* une induration plate ou saillante, blanche ou violâtre, revêtue d'un mince épiderme lisse et dont l'ensemble est constitué par un mélange de tissu conjonctif embryonnaire et fibreux. La cheloïde peut être *spontanée;* elle se présente alors sous forme de petites masses hémisphériques, rouges et parsemées de veinules surtout manifestes à la base du follicule pilo-sébacé, c'est la forme qu'elle affecte dans *l'acné chéloïdienne ;* ou bien la chéloïde succède à une cicatrice, elle est alors denticulée, pendante, simple ou ramifiée, ressemblant à l'extrémité d'une patte de crustacé. Successivement étudiée par Dubreuille, Unna et Mantagazza, l'acné chéloïdienne débuterait par une folliculite; ensuite le tissu scléreux dermique atrophierait les follicules superficiels, il s'ensuivrait d'abord des nodosités transformées, bientôt, en papilles saignantes, puis recouvertes de croûtes ; les cheveux se collent, puis tombent; finalement il se produit de l'alopécie. Le siège d'élection est la nuque. Cette forme est souvent douloureuse à cause de l'enclavement probable de filets nerveux dans les nodules.

Traitement. — Lorsqu'on n'en est encore qu'à la période de folliculite, on lotionne à la liqueur de Van Swieten ou l'on se sert de pommades cadiques ou soufrées ; plus tard. on a recours, soit au collodion crysophanique et pyrogallique des formulaires, soit aux scarifications.

Acné pustuleuse de la nuque

Parfois l'acné de la nuque prend une forme sensiblement différente de l'acné chéloïdienne: il se fait une sorte d'infiltration des muscles grand complexus et splénius, une induration, puis de véritables poussées furonculeuses si aiguës que la masse charnue, perforée en maints endroits, ressemble à une pomme d'arrosoir par les trous de laquelle s'échappent des fusées purulentes.

Traitement. — Le rasage s'impose en premier lieu, ensuite, si les parties sont très enflammées, on les couvre de galettes d'ouate hydrophile imbibées d'eau oxygénée ou d'eau camphrée stérilisée.

Nous avons l'habitude de couper notre eau oxygénée et de la ramener de 12 à 6 volumes. Les pulvérisations, soit à l'eau boriquée, soit à l'eau résorcinée à 1°/00 ou à 1 p. 500 d'une durée de 1/2 heure répétées plusieurs fois par jour sont très bonnes. En présence des formes graves, dans lesquelles il se forme une sorte d'éponge purulente, à clapiers multiples, il faut recourir au thermo-cautère, avec la pointe duquel on ouvre les pustules et l'on pénètre profondément dans l'hypoderme.

Quand les tissus sont débarrassés de cette sanie, on les recouvre d'emplâtres médicamenteux parmi lesquels Brocq recommande celui de Vidal ou celui à l'ichtyol.

Acné varioliforme d'Hébra

C'est, croyons-nous, à cause de sa ressemblance avec la variole, le nom qui convient le mieux à cette sorte d'éruption, que Boeck désigne sous l'appellation d'*acné nécrotique*, Bazin d'*acné pilaire*, Vidal d'*acné rodens* et Unna d'*Erythème acnéiforme*.

Elle débute par une petite pustule rouge, remplacée par une croûtelle au pourtour de laquelle suinte du pus. Cette croûtelle brunit, se soulève, tombe, après quoi l'on aperçoit une ulcération à fond rouge violacé et à pic qui ne se comble pas et laisse une cicatrice analogue à celle de la variole. *Localisée, l'acné Var.* siège aux tempes, au front, aux joues, au nez; *diffuse*, on la voit antérieurement, à la lisière du cuir chevelu de chaque côté du front et, rarement, au devant du sternum.

Pour Pick, la lésion originelle serait extérieure aux glandes sébacées; nécrose primitive de l'épiderme et de la gaine des poils, elle envahirait, secondairement, le derme par un processus de congestion puis d'infiltration péri-circulatoire.

Traitement. — Si le diagnostic est très précoce, de très longues pulvérisations chaudes peuvent enrayer l'évolution de cette éruption, sinon il faut avoir recours à d'énergiques cautérisations à la liqueur de Labarraque ou au chlorure de zinc liquide.

Acné varioliforme de Bazin

L'acné varioliforme de Bazin, affection contagieuse et inoculable, a été étudiée par nombre d'auteurs, d'où une infinité de termes pour la désigner, Bateman l'appelle *Molluscum contagiosum*, Huguier, *Ecdermoptosis*, Rayer, *Etcvure folliculeuse*, Hébra, *Molluscum sébacé*, Neisser, *Epithélioma contagiosum*, Devergie, *Acné tuberculoïde*, Kaposi, *Molluscum verruqueux*, Mracek, *Condylum endocystique*, Wirchow, *Molluscum épithélial*, etc.

Objectivement, cette acné affecte la forme d'une verrue — *Molluscum verrucosum.* On dirait d'une bourse dont on aurait serré les cordons (Renaut) ou, si l'on préfère, d'une poire dont on aurait arraché la queue; saillie au sommet de laquelle existe une ombilication, une dépression, répondant à un orifice communiquant avec l'intérieur de l'excroissance. Les éléments du molluscum, quand on les énucléе, forment un glomérule constitué par des lobules réunis comme les grains d'une grappe sur une tige unique. Cette ouverture est, parfois, comblée par un bouchon, gros comme une tête d'épingle. à tête pâle, ressortant sur un pourtour rougeâtre; bouchon faisant partie d'un corpuscule demi-solide, énucléable par la pression entre deux ongles, laquelle provoque l'issue de quelques gouttelettes de sang et laisse une cavité minime.

Les corpuscules énucléés du molluscum ont la forme d'un ovoïde brillant terminé, à ses pôles, par un petit prolongement membraneux. Pour quelques dermatologistes, ces corpuscules dériveraient d'une dégénérescence colloïde ou d'une transformation cornée incomplète. D'après le Dr Renaut, « les cellules glandulaires, c'est-à-dire celles qui devaient subir l'évolution graisseuse, cessent de subir cette évolution et élaborent un globe de corne imparfaite. » Tous ne partagent pas l'opinion du professeur lyonnais. Celui-ci affirme bien que ce qu'Angelucci a pris, dans le molluscum, pour des schizomycètes, ne sont, en réalité, que des granulations d'éléidine, mais Neisser, lui, croit à l'origine parasitaire du molluscum et le dit habité par des coccidies : Bœllinger partage cet avis : Quinquaud ne précise pas bien l'étiologie parasitaire, il opine pour les sporozoaires ; Darier a cru, un moment, qu'il s'agissait de sporospermies, mais Gilchrist a prouvé que « le développement des sporozoaires se fait par étapes nombreuses qu'on n'observe pas dans celui du corpuscule du molluscum. »

En définitive, qu'on en fasse un épithélioma comme Stanziale, Unna, Darier, Neisser; une sorte d'acné, comme Kaposi, Gaucher et Sergent, il n'en est pas moins vrai qu'il s'agit d'une affection contagieuse et inoculable, à telle enseigne que Barthélemy, constatant son extrême fréquence chez les hospitalisés de Saint-Lazare, proposait son classement parmi les maladies vénériennes. Il est certain qu'on a constaté la propagation de nourrice à nourrisson, de compagnon de lit à autre, de pensionnaire à autre et de frères ou sœurs entre eux. Retzins et Haab ont, au surplus, réalisé l'inoculation expérimentale. Le molluscum se retrouve sur toutes les parties du corps, le visage, les bras, les mains. Toutefois son siège de prédilection est au niveau des organes génitaux des deux sexes et des plis de l'aine. Baretta en a moulé, en 1887, un excellent spécimen chez une femme, syphilitique, du service du professeur Fournier. Cette pièce figure, au musée de l'hôpital Saint-Louis, sous le numéro 1271; nous l'avons eue sous le yeux, le moulage est parfait et frappant de vérité.

Traitement. — Dans les formes discrètes, peu étendues, à saillies très petites, peu nombreuses, les badigeonnages iodés, les pommades soufrées ou les emplâtres salicylés, en exfoliant le derme, pourront suffire. Si les éléments, bien que minuscules, sont innombrables, Besnier conseille les exfoliations par le savon mou de potasse en agissant sur un espace restreint chaque fois. L'énucléation, par expression entre les ongles, se pourra réaliser chez les tumeurs un peu plus grosses. Si elles sont pédiculées on les excise aux ciseaux. Enfin, la curette tranchante de Besnier ou la gouge de Vidal extrairont facilement le contenu de la poche si elle était d'un volume plus

imposant. On aura raison de l'écoulement sanguin, consécutif à cette petite intervention, par la compression ouatée, puis on touchera la plaie à la teinture d'iode et l'on couvrira d'un emplâtre de Vigo ou de Vidal. On peut encore cautériser le cratère au thermo-cautère et faire un pansement aseptique sec.

Acné mentagre ou Sycosis Atricophytique

C'est une folliculite avec périfolliculite des poils du corps, plutôt que des cheveux, siégeant surtout au menton, sous le nez, à la lèvre supérieure, aux joues, aux paupières et aux sourcils. Elle débute par des nodosités évoluant vers une pustule plantée d'un poil, à racine infiltrée de pus. Si les pustules sont rapprochées, il y a confluence et l'issue du pus donne naissance à des croûtes qui, après leur chute, laissent une cicatrice au-dessus du follicule vidé; les placards purulents qui se forment ainsi après infiltration du derme sont douloureux ; disparus, ils laissent des places glabres.

On a donné le nom d'*eczéma sous-nasal récidivant* au sycosis atricophytique siégeant sous la narine où il semble être engendré et entretenu par le coryza chronique, fréquent chez quelques arthritiques.

Le sycosis vrai ou tricophytique diffère du précédent par la présence à la racine du poil d'un manchon gélatineux habité par le tricophyton.

Bockhardt et Tommasoli ont étudié certains sycosis. De cette affection, il y a lieu de rapprocher d'autres folliculites, telles que l'*acné décalvante de Lallier* qui est une folliculite dépilante du cuir chevelu commençant par la formation de pustules, suivie de la chute des cheveux, et aboutissant à l'atrophie définitive du follicule pileux avec comme résultante production de plaques alopéciques irrégulières.

Traitement. — En présence d'un cas peu grave, d'une éruption débutante, alors qu'il n'y a pas grande inflammation on peut essayer de conserver la barbe, surtout si le patient y tient. On fera tomber les croûtelles à l'aide de cataplasmes d'amidon légèrement boriqués, on fera de longues pulvérisations et l'on se servira de pommades peu actives. Nous avons eu raison de plusieurs sycosis en employant la pommade suivante :

Axonge benzoïnée très fraîche	55 grammes
Losophane	5 —

A un degré plus avancé, on a recours à l'épilation suivie de rasure. On applique alors à même la peau, des pommades au soufre, à l'acide pyrogallique, à la résorcine, préparations énergiques dont une des formules les plus actives est celle de Eichhoff :

Naphtaline	9 grammes
Acide salicylique	9 —
Chloroforme	30 —
Alcool rectifié	30 —
Glycérine	30 —

Notons, avant de terminer ce paragraphe, que, dans le traitement de sycosis de la lèvre supérieure, les inhalations par le nez, d'eau salée à 5 0/00, les pulvérisations d'huile mentholée à 0 gr. 25 0/0, les prises contre la rhinite et l'écoulement nasal, en tarissant le flux et en amendant le coryza qui le provoque, amèneront progressivement l'amélioration et la guérison.

Acné Rosacée

Sentir son nez rougir ou bleuir, subitement, à propos d'une joie, d'une peur, d'une émotion, de l'entrée dans une chambre chauffée ou d'une sortie dans la rue, de l'absorption d'un liquide de température différente de l'ambiance n'est pas toujours agréable. Nous dirons même que, moralement, cette infirmité tourmente cruellement bien des personnes qui en sont atteintes. Nous avons tous en de ces clients. Parmi eux, nous avons compté un brave curé de campagne qui, en dehors de quelques centilitres de vin indispensables pour la célébration de ses messes, était rigoureusement abstème, ce qui ne l'empêchait pas d'avoir un nez qui, rouge le matin, prenait après le dîner les teintes désolantes de l'aubergine. Il nous souvient aussi d'une jeune demoiselle de magasin, très émotive, chez qui l'entrée d'acheteurs provoquait l'érubescence immédiate du bout d'un nez, pourtant joliment aquilin, chose d'autant plus visible que notre malade, anémique, avait le teint très mat. Enfin, parmi beaucoup d'autres cas encore, nous revient celui d'une grosse dame, ayant dépassé l'âge canonique, dont chaque hiver naissant faisait, pendant les froids vifs, flamboyer le nez d'une façon absolument saugrenue et gênante sans qu'on pût incriminer l'intempérance ou même la bonne chère.

Que le nez rougisse, c'est déjà regrettable, mais qu'il se tuméfie, qu'il se sillonne de veinosités arborescentes fines, flexueuses, roses, puis rouges, puis violettes, qui s'accentuent avec le temps et deviennent de véritables varices, c'est bien pire. Hélas ! là ne s'arrête pas le processus : des nodosités se forment dans l'intervalle du réseau veineux qui peuvent acquérir le volume d'un pois, d'une noix, d'une poire de livre ! De l'érythème, de l'érythème avec pustules, des varices, des nodosités sessiles ou pédiculées, voilà les phases de l'acné rosacée pour aboutir à la forme hypertrophique, éléphantiasique : au *rhinophyma*. Cette dernière forme, disons-le de suite, est de beaucoup la plus rare, elle frappe plutôt le sexe fort et semble l'apanage des fervents de la dive bouteille, bien que cette assertion n'ait rien d'absolu. Dans les formes plus bénignes, notamment la variété érythémateuse et érythémato-pustuleuse, on incrimine comme causes étiologiques : l'anémie, le ralentissement de la nutrition, les troubles génitaux de la puberté et de la ménopause, les lésions utérines. Jeunes filles digérant mal, femmes sur le retour et constipées, telles sont les victimes.

Traitement. — Une diététique sévère, voilà la première règle. On établira donc un régime en s'inspirant de la constitution, du tempérament, de la santé des sujets. De sages précautions, une hygiène intime, sévère seront recommandées aux femmes enceintes ou atteintes de métrites. L'usage des eupeptiques, des désinfectants intestinaux, de laxatifs appropriés s'imposera chez les déséquilibrés de l'estomac, les intoxiqués, les constipés. Chaque médecin fera son choix dans la thérapeutique, et si grande est la variété de celle-ci, qu'il vaut mieux s'abstenir de prôner telle ou telle formule. Pourtant, le képhyr, les ferments lactiques, le suc gastrique de porc, la poudre de Papaya carica rendront de grands services aux estomacs détraqués. Les poudres saturantes seront recommandées aux hyperchlorhydriques. L'emploi tout nouveau de la teinture de marrons d'Inde à la dose de XX à LX gouttes *pro die* devra être contemporain des varicosités, sur lesquelles cette teinture a une action supérieure à celle de l'Hamamelis virginica. Au début de l'éruption, on aura le choix entre les pommades faibles à la résorcine, au soufre, à l'acide salicylique dont on augmentera la teneur en produits actifs suivant la plus ou moins grande intensité de la dermatose.

Nous nous reprocherions, à ce propos, de ne pas mentionner ici le savon au bioxyde de sodium, dont Unna se sert aussi bien dans le traitement de l'acné ponctuée que dans celui des acnés pustuleuse et rosacée.

Lorsqu'on chauffe du sodium dans un ballon ne contenant que de l'oxygène pur, ce métal, après avoir brûlé avec une flamme jaune, abandonne une poudre de même couleur, instable, se décomposant, en présence de l'eau, en soude et oxygène naissant : c'est le bioxyde de sodium. Par la soude, cette substance joue le rôle d'un décolorant et d'un dissolvant, par l'oxygène, celui d'un oxydant énergique.

En incorporant ce bioxyde de sodium à un composé anhydre formé de sept parties de savon médicinal desséché et de trois parties de paraffine liquide, l'éminent dermatologiste de Hambourg obtient des savons, de forts à très faibles, contenant de 20 à 2 0/0 de bioxyde de sodium, qui décapent la peau et la débarrassent de ses comédons ou de toute autre pigmentation pathologique.

Ce savon n'existe pas dans le commerce à cause, probablement, de son peu de stabilité, mais on peut le faire préparer dans tout laboratoire pharmaceutique sérieux.

Nous citerions bien encore les lotions ineffables : 0.50 d'Ipéca pour 16 grammes (!) d'eau bouillie; ou les poudres anodines et parfumées : Talc de Venise 100 gr., essence de Verveine 2 gr., acide borique pulvérisé 50 gr., de M. le professeur A. Robin, mais l'action thérapeutique de ces mélanges nous paraît plutôt faible. Les arborisations télangiectasiques de l'acné variqueuse ressortissent au traitement chirurgical. Lassar se sert pour dilacérer les capillaires d'une brosse d'aiguilles mue par l'électricité. Pratiquement, il est beaucoup plus simple de se servir d'une très fine pointe de galvanocautère ou mieux peut-être encore, comme nous le faisons, de sectionner net, de bas en haut du nez, le réticule capillaire tout entier. D'aucuns préfèrent le quadrillage. Il ne donne, à vrai dire, qu'un résultat identique, disons même inférieur au point de vue plastique. Quant aux nodosités, elles relèvent de la pointe du thermo-cautère portée au rouge blanc dans leur profondeur. Enfin, pour le Rhynophyma l'énucléation s'impose. C'est une véritable intervention chirurgicale qui nécessite la narcose complète.

Acnés diverses

Pour en terminer avec les acnés nous pourrions citer l'*Acné des Cachectiques*, des épuisés, forme qui siège au bas des jambes sous l'aspect d'élevures acnéiformes s'effondrant pour laisser place à des plaies atones.

Cette *acné cachecticorum* des adultes a un air de parenté avec une autre variété étudiée par Crocker et nommée par lui, comme par Colcott Fox, *Acné scrofulosorum*, éruption ayant l'aspect du lichen plan, et se manifestent sous l'apparence de papulo-vésicules, à contenu fréquemment purulent et bourbillonneux, dont l'évacuation spontanée laisse une cicatrice ombiliquée. Cette acné serait rattachable à la diathèse scrofulo-tuberculeuse et propre aux enfants. Des *acnés médicamenteuses ou industrielles* nous ne parlerons pas, l'anamnèse, serrée d'un peu près, mettra le médecin sur la voie.

Enfin, il existe des formes rares telles que la pachydermatose faciale, variété frontale; mais la description de ce type et des autres nous entraînerait au-delà des limites de cet article suffisamment long.

REVUE DE MÉDECINE MENTALE

Rééducation psycho-motrice, par le professeur H. Lavrand (*Journal des Sciences méd. de Lille*).

L'enfant, quand il vient au monde, est un être bien déshérité, bien dépourvu de moyens de protection, absolument privé de moyens de subsistance ; il serait destiné à mourir à brève échéance si ses parents ne prenaient soin de sa faiblesse et de son dénûment. Il lui faut à peu près tout apprendre, à part quelques mouvements

instinctifs très élémentaires. L'éducation joue donc un grand rôle dans son développement physique, intellectuel et moral.

Les fonctions de relation, en particulier, auxquelles préside le système nerveux, sont en quelque sorte créées, mais surtout perfectionnées par l'éducation. Nous savons qu'une fonction amoindrie par une lésion, trouve parfois une suppléance dans son voisinage; nous avons appris, surtout, qu'une fonction très amoindrie, empêchée à la suite d'une altération destructive incomplète, peut être rétablie plus ou moins entièrement par une *rééducation fonctionnelle*, permettant de rappeler au fonctionnement les éléments anatomiques survivants, et même d'amplifier les services qu'ils nous rendent à l'état normal.

Par des méthodes convenables, il est donc permis de tenter l'éducation des fonctions pour les rendre plus parfaites si elles sont rudimentaires, plus régulières si elles ont dévié. Que les altérations fonctionnelles consistent dans un arrêt de développement, dans une régression ou dans un défaut d'adaptation au but à atteindre, peu importe ; dans certains cas on fera *l'éducation de la fonction*, dans d'autres on fera *la rééducation*.

L'éducation, nous en constatons les résultats chaque jour, est donc parfaitement réalisable: nous en dirons autant de la rééducation, soit que la fonction abolie ou simplement troublée se récupère, soit qu'il y eit suppléance développée par éducation d'un centre voisin. Ainsi, des paralytiques atteints d'aphasie ont retrouvé la possibilité d'exprimer leurs pensées par des mots, grâce à la suppléance par un centre cérébral symétrique, ou grâce à la rééducation du centre du langage troublé dans son physiologisme : ces résultats ont été obtenus par des exercices patients et bien conduits.

L'éducation telle qu'on l'entend habituellement a pour but de diriger les opérations psychiques, d'en assurer, préciser et étendre le fonctionnement ; elle s'occupe également des actes moteurs, elle les prend à leur origine, à leur apparition, les guide, préside à leur répétition, afin d'en rendre l'exécution plus facile et plus rapide en les transformant en habitudes, c'est-à-dire en actes automatiques; les opérations sensorielles et les fonctions organiques rentrent également dans ce cadre.

En parlant des actes accomplis par mon corps, je puis dire : je marche, je tombe, je vieillis. En serait-il de même en parlant de la plume avec laquelle j'écris ?

Serait-il admissible quand ma plume vient à se casser de m'exprimer ainsi : je me suis brisé ? C'est que ces deux instruments, mon corps et ma plume, ne me sont pas unis de la même manière.

Il serait intéressant d'étudier la *genèse des idées chez l'enfant*, et de saisir sur le vif l'influence du développement et de l'éducation : mais ce serait allonger outre mesure ce travail, nous nous en sommes occupé ailleurs du reste (1).

Les adultes qui veulent s'instruire, par exemple étudier quelque chose d'inconnu, comme une langue étrangère, doivent au début s'imposer une attention et une application considérables. Peu à peu l'effort est facilité par la répétition ; plus tard tout paraît simple et aisé en devenant automatique.

Nous agissons ainsi dans la vie chaque fois que nous voulons connaître un objet qui ne rentre pas dans ce que nous voyons habituellement; nous le regardons attentivement, nous le touchons, le soupesons ; bref nous employons tous nos sens afin de multiplier les sensations qu'il est capable d'exercer sur nous. Je prend un objet d'art, un bronze, par exemple, sur ma cheminée. Je l'ai examiné longuement, je sais qu'il est pesant, de couleur bronze, qu'il m'a été donné comme souvenir dans telle circonstance, qu'il a été acheté à Paris, qu'il représente, je suppose, Jeanne d'Arc écoutant ses voix. Eh bien, il me suffira dans l'obscurité de la nuit de toucher ce bronze pour rappeler dans le champ de ma conscience le sujet qu'il reproduit, son attitude, le poids, la couleur du bronze, la mission héroïque de Jeanne d'Arc. Une seule de ses qualités évoque toutes les autres.

Il y a là comme un *mécanisme devenu automatique* après avoir exigé au début une attention soutenue, une suite de laborieux efforts (1).

Cependant l'étude de la connaissance reste insuffisante au point de vue de l'éducation et de la rééducation, car l'homme possède aussi la *faculté de vouloir et d'agir ;* l'idée tend à l'acte. En effet un sujet doué de connaissance est nécessairement doué d'appétition. Toute nature tend vers un but et, pour l'atteindre, elle a reçu des appétits ou tendances naturelles qui la portent vers ce but présenté sous la forme d'un bien désirable.

Etant donné le composé humain, esprit et matière, aucune idée n'est pure de sensation et d'appétition ; à toute idée se mêle une appétition, c'est-à-dire une tendance à réaliser l'acte correspondant, quand aucun obstacle ne vient se mettre à la traverse, ou y faire opposition. De même, aucun appétit, aucune sensation ne se manifeste dans l'homme, sans qu'il s'y accole une idée.

Par l'éducation et la rééducation, nous cherchons à éveiller certaines idées pour obtenir certains actes correspondants, ou, en prenant le chemin inverse, à exciter certaines sensations pour faire naître certaines idées. Suivant les circonstances, tel mécanisme réussit mieux, ou tel autre se montre préférable (2).

Si une idée tend à produire l'acte correspondant, inversement un acte éveillera une idée. Lorsque je veux prier, méditer ou réfléchir, je prends instinctivement ou de propos délibéré, une attitude spéciale, je me retire à l'écart, loin du bruit et des distractions, car le physique aide ou entrave l'exercice de l'activité spirituelle de l'homme, tant la dépendance réciproque des deux parties composantes est grande l'une sur l'autre.

Cela posé, arrivons aux *actes moteurs*. Nous distinguerons deux groupes très tranchés : les mouvements réflexes et les mouvements volontaires ; évidemment, entre ces deux grandes divisions extrêmes, il y a place pour un grand nombre de mouvements qui participent plus ou moins de l'une ou de l'autre et un peu de chacune.

Les mouvements réflexes sont involontaires; vient-on à chatouiller la plante du pied d'un sujet endormi, il retire le membre excité; si l'impression est plus forte, les deux jambes et quelquefois même les bras prennent part à la réaction. Ce sont des mouvements réfléchis par les centres médullaires et bulbaires : la volonté réfléchie ou attentive n'y prend aucune part ; on le démontre par l'expérience classique de la grenouille dont on a enlevé les centres cérébraux sus-prétubérantiels : la jette-t-on à l'eau, elle se met à nager au contact du liquide, mais sans but, machinalement, droit devant elle.

Au début de la vie, les mouvements réflexes existent seuls ; peu à peu les mouvements volontaires s'esquissent, puis se précisent pour redevenir en partie réflexes par la répétition, l'habitude ou l'éducation ; ils tombent, dit-on, dans l'automatisme.

A côté, il existe des actes moteurs acquis, tels que les exercices gymnastiques, le jeu du piano qui exigent un long apprentissage, un travail opiniâtre. Au bout d'un certain temps, l'éducation et l'habitude aidant, ces mouvements coordonnés deviennent automatiques, par exemple la marche.

L'éducation attentive a présidé à l'apprentissage de beaucoup de nos actes moteurs, c'est-à-dire que l'intelligence, la conscience et la volonté se sont unies à la sensation en se combinant à l'infini. Bref, dans tout acte moteur il se trouve une part plus ou moins grande de psychisme ; nos actes sont psycho-moteurs.

Nous comprenons dès lors que certains de nos actes peuvent être troublés primitivement dans leur accomplissement par une altération de la motricité ou par celle du psychisme ; dans la suite, ils se trouvent encore plus amoindris par le retentissement de l'un sur l'autre. Une fonction qui s'exécute plus difficilement qu'à l'état normal éprouve une tendance, si l'on en croit l'observation, à demeurer incomplète, à se restreindre, et même parfois à cesser. C'est ce que l'on exprime en disant que, très souvent, le *trouble fonctionnel dépasse notablement* l'importance de la lésion organique causale. Voilà précisément ce que la rééducation se propose d'améliorer ; elle s'adresse au psychisme, c'est-à-dire à la volonté, à l'attention, pour rétablir une fonction motrice plus troublée que détruite, par exemple en rétablissant la coordination oubliée des mouvements des différents muscles qui doivent concourir à l'acte moteur perverti ou amoindri, comme dans le tabès, entre autres.

La *rééducation psychique* s'obtient directement en redressant les jugements faussés du patient touchant son impotence, en lui démontrant qu'il peut plus qu'il ne croit ; en lui suggérant des idées fécondes en résultats pratiques; en relevant l'énergie de son vouloir ; en réveillant, en réchauffant chez lui des sentiments capables de stimuler son activité amoindrie.

En résumé, nous faisons appel à divers facteurs s'entr'aidant mutuellement : rééducation psychique directe, isolement du milieu habituel, repos au lit si besoin, puis modification quantitative et qualitative du régime alimentaire ; enfin usage des ressources thérapeutiques avec discrétion et discernement.

La *rééducation motrice* est basée sur ce fait que tous les mouvements un peu complexes sont appris, et que pour les exécuter, il faut un système musculaire suffisamment en état de fonctionner ; mais, en outre, les divers muscles doivent se contracter en s'associant à d'autres, c'est-à-dire en se coordonnant, en s'harmonisant. Dans beaucoup de circonstances chaque muscle conserve la propriété de se contracter dans un trouble fonctionnel, mais c'est la coordination apprise autrefois qui est oubliée, désapprise, perdue. Voilà ce qu'il s'agit de rééduquer. Ainsi un sujet ne réussit plus à contracter convenablement ses muscles glottiques pour parler, alors qu'il ouvre et ferme sa glotte quand il respire, qu'il la ferme énergiquement lorsqu'il veut produire un effort.

Quelquefois, un muscle reste inerte, si on essaie de le contracter isolément, tandis qu'il le fait bien si on l'associe à d'autres plus dociles : les muscles du périnée parfois ne fonctionnent plus ; on n'obtient leur contraction qu'en faisant contracter d'abord les adducteurs des cuisses; grâce à ce moyen détourné, on réveille et rétablit leur activité.

Dans tous les cas, on se rappellera toujours ces *trois conditions:* 1° les lésions organiques sont habituellement moins étendues que ne le laissent supposer les troubles fonctionnels ; 2° le système nerveux est susceptible de rendre des services extraordinaires, car ses diverses parties se complètent et se suppléent avec une grande facilité ; 3° les images emmagasinées dans notre esprit possèdent un pouvoir moteur indéniable : inversement, les mouvements et les attitudes sont susceptibles de réveiller les images correspondantes oubliées.

(1) Voir *Rééducation physique et psychique*, chez Bloud.

(1) Voir CONTET. *Méthodes de Rééducation*, chez Vigot.
(2) EYMIEU. *Le gouvernement de soi-même*. — GILLET. *Devoir et Conscience*.

La technique générale se propose d'abord de réveiller le vouloir du patient, puis de faire exécuter des mouvements simples, élémentaires, soit activement, soit passivement au besoin : la répétition joue un grand rôle ; ensuite les mouvements simples récupérés sont associés.

Il y a des conditions, bien évidemment, pour réussir :

A) Il faut que « l'outil soit bon, que seul le moyen de s'en servir soit oublié » (M. Faure), c'est-à-dire une maladie pas trop avancée avec des organes encore capables de fonctionner : là où il n'y a rien, le roi, disait-on, perd ses droits. Le sujet doit être capable d'attention, de persévérance et de bonne volonté. Il est nécessaire que la vue, l'ouïe soient encore assez bonnes.

B) Le rééducateur doit connaître ce qu'il se propose de réaliser : on ne s'improvise pas rééducateur ; il a besoin aussi de patience, de persévérante ténacité, de douceur, enfin savoir faire partager au malade sa confiance dans le succès.

C) Il y a aussi des conditions inhérentes à la méthode, sur lesquelles nous ne pouvons nous appesantir ici.

Bref, la suggestion est utile, mais elle n'est qu'un des moyens employés par la méthode rééducatrice, et nous dirons avec les praticiens compétents que cette thérapeutique donne des résultats très encourageants pour le médecin et très appréciables pour les malades ou infirmes, auxquels on rend l'existence beaucoup plus supportable.

OBSERVATIONS

I. — Mme Daup..., 62 ans, artério-scléreuse, a eu la variole. Durant sa convalescence, dans la nuit du 22 au 23 novembre 1907, sans avoir rien éprouvé d'anormal elle est prise d'*hémiplégie droite*, mais ne s'en aperçoit que le matin en essayant de se lever. Elle se traîne avec beaucoup de difficulté pour ouvrir sa porte qu'elle avait fermée à clef la veille. En outre, elle ne parle plus qu'avec difficulté, mais il s'agissait *de dysarthrie* sans aphasie ; elle conservait l'usage et la mémoire des mots, et faisait des phrases, seule l'articulation laissait à désirer.

Elle entre à l'asile des Cinq-Plaies, le 2 janvier 1908, dans l'état ci-dessus. En outre la sensibilité demeure intacte ; le réflexe rotulien n'est pas altéré. La malade reste au lit; depuis son accident elle ne peut plus marcher. La main droite enflée, avec les fléchisseurs contractés, est maintenue sur une planchette, l'épaule s'est immobilisée, les muscles sont atrophiés ; le moindre mouvement provoque de vives douleurs.

Nous faisons du massage, de la mobilisation; la malade comprend que le membre inférieur gauche, non paralysé, est capable de la supporter ; nous le lui montrons sur-le-champ.

Le 4, elle essaye de marcher soutenue par deux personnes. Le 7, elle marche aidée par une seule personne. Le 18, un bâton lui suffit. Elle a persévéré courageusement malgré quelques chutes.

Le 31, à la suite de phénomènes gastriques, la parole devient plus difficile, mais ces troubles ne persistent pas. Elle a appris seule à écrire de la main gauche.

Septembre 1910. — Depuis lors le membre supérieur a cessé d'être douloureux ; quelques légers mouvements ont reparu.

La malade marche malgré la persistance à peu près complète de sa paralysie.

Inutile de dire combien sa santé a bénéficié de cette rééducation.

II. — Mme Meur..., 60 ans, a eu, en 1908, une attaque d'apoplexie avec hémiplégie gauche consécutive. Cette malade, grosse, forte, lourde, est restée sans énergie morale depuis lors. A son arrivée à l'asile, nous avons voulu la rééduquer au point de vue de la marche. D'abord, après beaucoup de difficultés, nous avons réussi, en la laissant s'appuyer sur le bord d'une table, à se faire se lever seule et tenir debout. Chaque fois c'était un événement, et cet exercice n'était essayé et réalisé qu'avec nos exhortations personnelles. Depuis plusieurs mois, nous n'avons rien obtenu de plus ; et quand nous ne sommes pas présent, la sœur ne réussit jamais à la faire lever près de la table.

Dans ce cas, la méthode n'a pas donné de résultat, non par impossibilité organique, mais par le fait de l'*absence de vouloir et d'énergie de la patiente.*

III. — Mme Abrah..., 74 ans, entre à l'asile le 25 novembre 1909. Jusqu'à Pâques précédent, elle jouissait d'une bonne santé ; à cette époque, étant assise près du poêle, elle éprouve des vertiges et tombe ; on est obligé de la relever. Pendant quelque temps le membre inférieur reste paresseux, puis la marche redevient possible avec l'aide d'un bâton. Fin septembre, en faisant une course, elle fait une chute, parce que, dit-elle, son pied gauche aurait buté. Il a fallu la relever et l'emporter sur une chaise ; on l'a couchée chez elle. Depuis cette époque elle n'a plus quitté son lit.

27 novembre. — Elle ne présente pas de paralysie, mais elle prétend ne pas pouvoir remuer la jambe gauche ; en effet, le talon ne peut être soulevé du plan du lit. Il n'y a cependant aucun signe apparent de fracture.

En conséquence, nous essayons la rééducation de cette impotence, qui nous semble hors de proportion avec les symptômes observés. Dès le 26, le talon quitte le lit. Le 30, nous la trouvons debout, marchant en s'appuyant aux barres de son lit. Nous remarquons que le *pied gauche* se soulève aisément, mais que le pied droit ne quitte pas le sol et que la patiente se tient pliée en deux. Bref, le membre gauche est affaibli, et la malade n'ose s'appuyer complètement sur lui. Même soutenue par deux personnes, elle ne lève pas son pied droit, et les deux genoux demeurent collés l'un contre l'autre : le membre inférieur gauche n'est pas impotent, cependant la malade n'a pas confiance en lui comme support ; il y a donc *impotence psychique* plus que physiologique.

Tous nos efforts ont échoué, jusqu'au 20 avril, où une voisine hémiplégiée pour la seconde fois, a. pour la seconde fois, réappris à marcher. Piquée d'émulation, Mme A..., a, tout d'un coup, marché en séparant les genoux et en soulevant un peu le membre droit. Cette stimulation passée, les progrès se sont arrêtés là.

20 juin. — Désireuse d'aller manger des cerises chez elle, elle s'est appliquée à mettre spontanément nos conseils en pratique et elle marche facilement aidée d'un bâton.

1er septembre. — La malade marche seule et sans bâton.

Cette observation présente un grand intérêt, car elle montre le rôle de la rééducation d'une part, et de l'autre le rôle du psychisme dans l'impotence observée ainsi que dans les progrès irréguliers de la guérison. Enfin, elle prouve l'influence considérable du facteur personnel ou facteur psychique chez le malade, dans le succès ou l'insuccès de la thérapeutique rééducative.

IV. — Mme Bey..., 39 ans, a été opérée, le 21 août 1909. pour une lésion des organes génitaux, sans pouvoir préciser davantage. La convalescence a été longue. Au milieu de décembre 1909 on nous l'apporte à l'asile, car elle ne pouvait marcher. De prime abord nous croyons à une paraplégie consécutive à l'opération ; mais bien vite nous sommes fixés : elle se traînait à quatre pattes ; aucun muscle des membres inférieurs n'était paralysé; on ne constatait qu'un amaigrissement considérable et de l'atrophie musculaire. Les orteils demeuraient en flexion et les pieds en adduction ; on provoquait de la douleur lorsqu'on essayait de les étendre. Les articulations tibio-tarsiennes étaient douloureuses au moindre mouvement.

La patiente, retenue longtemps au lit, sans mobilisation des articulations des membres inférieurs, avait éprouvé de la difficulté à se servir de ses pieds et en avait perdu l'habitude.

Nous lui persuadons qu'elle peut encore marcher, et que si elle n'essaye pas, malgré la douleur, elle restera impotente pour toute son existence. Ces conseils, un peu de massage et de mobilisation, enfin quelques bains de pieds aidant, elle cesse de se promener à quatre pattes.

Dès le début de février, elle marchait avec le bras d'une religieuse; le 15 février, elle n'avait plus besoin d'aucun secours.

Fin septembre 1910, elle va très bien.

Ces quelques exemples suffiront à illustrer les considérations théoriques émises touchant la thérapeutique rééducative et montreront les bienfaits que cette méthode procure aux malades auxquels elle est applicable. Peut-être n'y a-t-on pas assez recours dans la pratique médicale.

Nous conclurons ainsi, Messieurs :

La rééducation motrice est une deuxième éducation des mouvements, donnée aux malades, aux infirmes, aux arriérés qui ont perdu le bénéfice de l'éducation primitive des mouvements volontaires, on n'ont pu l'acquérir par les moyens ordinaires.

C'est une éducation du système nerveux, un apprentissage nouveau aboutissant à la création d'un mécanisme psycho-moteur par des moyens en tous points semblables à ceux de l'éducation motrice ordinaire.

En n'oubliant jamais, Messieurs, de surveiller le fonctionnement organique des régions atteintes, vous empêcherez l'installation d'infirmités graves parfois, pénibles toujours, et vous ferez récupérer des fonctions importantes pour l'entretien d'un bon état général.

REVUE DE CHIRURGIE

Traitement des troubles digestifs chez les opérés, par le Dr Victor PAUCHET. (*Le Médecin Praticien.*)

Les opérés qui ont été soumis à l'anesthésie générale éprouvent des troubles digestifs de gravité variable : état saburral, constipation, vomissements, ballonnement du ventre, diarrhée incoercible, sub-ictère, melæna.

Au cours de nos recherches relatives au traitement de l'ulcère duodénal, nous avons reçu des observations de confrères français ou étrangers qui ont constaté des morts par hémorragie intestinale, provenant d'un ulcère duodénal. Cet ulcère à marche aiguë était vraisemblablement le point de départ d'une toxi-infection post-opératoire.

Les accidents digestifs sont généralement bénins et tiennent pour la plupart à l'altération du rein, du foie, du pancréas sous l'influence du chloroforme, de l'éther ou du kélène.

Ces troubles sont moins accentués chez les sujets opérés rapidement. Ils m'ont paru moindres avec l'éther qu'avec le chloroforme, surtout si l'anesthésie se fait avec l'appareil d'Ombredanne. Ces troubles digestifs post-anesthésiques sont si fréquents qu'ils transforment presque toujours l'opéré en un malade. Ils peuvent être en grande partie prévenus et généralement diminués par le régime pré et post-opératoire du sujet.

Voici ce que m'a enseigné une expérience de 10 années spécialement dirigée vers ce but :

Avant l'opération. Le sujet est soumis à l'usage exclusif des *fruits* et au *lait aigri* légèrement sucré (soit lait caillé, soit Yoghourt).

Ce régime pré-opératoire varie de 2 jours à 2 mois suivant l'âge, l'embonpoint, la santé générale du sujet et la nature de l'intervention. La bouche est nettoyée, les *dents sont détartrées*, les gencives badigeonnées à l'iode. L'infirmière enseigne au malade la *gymnastique respiratoire*, thoracique et abdominale. Il sera en effet trop tard de lui faire exécuter ces mouvements après l'intervention. Le cerveau du sujet inhibé par la souffrance, ne comprendra pas les conseils qui lui seront donnés.

Après l'opération. La bouche sera toujours nettoyée et fréquemment rincée.

Le *jour même* de l'opération, si les vomissements durent au delà de 12 heures, et même plus tôt s'ils sont noirâtres, l'*estomac est lavé* une ou plusieurs fois. Pour calmer la soif, nous avons recours aux petits *lavements de 200 grammes*, répétés toutes les deux heures. En cas de péritonite ou après de grandes interventions abdominales, nous avons recours à l'*irrigation continue*, pratiquée à l'aide d'un bock, placé à une faible hauteur. Nous employons la solution suivante :

Eau	950 grammes
Glucose	50 —
Sel marin	6 —

Pendant les 4 ou 5 jours suivants, dès que les vomissements cessent, le sujet peut boire à discrétion : *eau d'Evian* (ou Martigny, Vittel, Contrexéville, Thonon, etc.) additionnée de *citron* ou de *sirop de fruits* (groseilles, cerises, framboises, etc.). Nous ne donnons *jamais d'alcool*, ni sous forme de cognac, ni sous forme de champagne. L'alcool accentue les troubles digestifs. Le sujet peut être stimulé à l'aide d'huile camphrée, de musc, de strychnine, etc., si cela est nécessaire.

Tous nos opérés ont à côté d'eux une bouteille d'*eau alcaline* à laquelle ils puisent largement avant et après l'opération, souvent même plusieurs semaines après leur retour chez eux. Nous utilisons deux des solutions de Bourget (de Lausanne). L'une se compose de :

Bicarbonate de soude	6 grammes
Sulfate de soude	4 —
Phosphate de soude	2 —

L'autre, plus laxative, est formulée ainsi :

Sulfate de soude	8 grammes
Bicarbonate de soude	4 —
Phosphate de soude	2 —

J'insiste sur la nécessité de donner au malade une solution faite à l'aide de *sels chimiquement purs et absolument anhydres* ; sinon, le goût est tellement désagréable que l'opéré refuse de l'absorber.

Si le sujet présente quelques tendances à la diarrhée, des coliques ou du météorisme, nous donnons du *bouillon lactique* (lactobacilline ou bulgarine) à la dose de deux verres à madère par 24 heures. Si malgré ce régime le sujet reste constipé, l'infirmière lui administre un *lavage d'intestin* tous les jours.

Après 4 ou 5 jours, le sujet est nourri presque exclusivement de *fruits* et de *féculents*, sous forme de gâteaux secs, purées, potages légers. Les aliments albuminoïdes (viande, poisson, œuf, lait) ne sont donnés que quelques jours avant le départ du malade dans le but de lui être sinon utiles du moins agréables.

Pendant toute la convalescence post-opératoire, nous veillons sur la constipation. Dès que le sujet commence à s'alimenter, nous mêlons à ces aliments de l'*Agar-Agar* qui a la qualité de ne point irriter l'intestin et d'agir simplement en hydratant et en gonflant les matières. Nous employons la préparation connue dans le commerce sous le nom de *Laxogélose*, à la dose de 4 à 8 cachets par 24 heures.

Pour combattre les troubles digestifs de l'opéré, le régime n'est point suffisant. Il faut encore stimuler les fonctions générales et réveiller la nutrition par l'air, la gymnastique respiratoire et la lumière.

L'*air* s'introduit par les croisées ouvertes. Le sujet sera bien vêtu. Pour les opérations graves, il doit même être complètement entouré d'ouate pendant quelques jours, afin d'éviter le refroidissement pendant et après l'opération.

La *lumière* est indispensable pour stimuler la vie du sujet. Ne jamais fermer les persiennes; laisser pénétrer la lumière du jour et le soleil (quand il veut bien se montrer). Si la lumière trop vive fatigue le sujet, il suffit de lui bander les yeux.

La *gymnastique respiratoire*, surtout la gymnastique du diaphragme joue un rôle très important dans le traitement des troubles digestifs. Chaque abaissement forcé du diaphragme soulève la paroi abdominale et provoque un massage du foie, de l'estomac et de l'intestin.

Le chirurgien n'a pas à se préoccuper luimême des soins pré et post-opératoires de ses opérés. Il lui suffit de dresser son personnel et chacun de ces détails se trouve ponctuellement exécuté pour le plus grand bien des opérés, dont la convalescence se trouve ainsi raccourcie.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité d'Anatomie pathologique générale et spéciale et de Pathogénie, par le professeur E. Ziegler, de Fribourg-en-Brisgau. — 2e édition française, traduite sur la 11e édition allemande, avec 424 figures en noir et en couleurs par les Drs G. et D. Angier. — (Société belge d'édition, A. Manceaux, éditeur, Bruxelles.)

C'est une véritable bonne fortune, pour les études pathologiques, que la publication d'une traduction française du *Traité d'anatomie pathologique* de M. Ziegler. L'œuvre du professeur de Tubingue est rapidement devenue classique en Allemagne où elle a paru en 1881. Depuis lors, les éditions se sont succédé régulièrement, témoignant de l'intérêt croissant du public médical.

Dans cette étude des agents pathogènes, les parasites, les microbes surtout, tiennent sans doute une grande place, mais l'auteur sait faire justement ressortir l'importance des autres facteurs étiologiques, que l'enthousiasme des néophytes en bactériologie pourrait leur faire oublier. La première partie du traité, qui vient de paraître, consacre 50 pages à l'étiologie générale et les paragraphes où l'auteur étudie la prédisposition, l'immunité, l'hérédité des maladies, des tumeurs, des malformations, seront lus avec un vif intérêt, même par ceux que leurs devoirs professionnels empêchent de se livrer à une étude spéciale de l'anatomie pathologique.

Disons enfin, que l'œuvre du professeur, en passant par les mains de ses traducteurs, a bénéficié d'annotations nombreuses, remédiant aux lacunes qu'avait pu laisser dans l'original une connaissance moins complète des travaux publiés en France.

Tel qu'il nous est présenté par la maison Manceaux, avec une composition très nette qui facilite beaucoup les recherches, d'excellentes gravures toutes originales et de nombreux tirages en couleur, le *Traité d'anatomie pathologique* de M. Ziegler, est assuré d'un favorable accueil auprès du public médical français : il porte le cachet d'un temps où il est bon de vivre, comme l'écrivait Bouchard, quand on s'intéresse aux choses de la médecine.

Guide populaire d'hygiène. — 3e édition française. (Même librairie.)

Ce manuel de la santé a été publié par l'Office sanitaire de l'empire allemand. Cette édition française a été faite par le Dr Cryns.

Les premiers soins à donner en cas d'accidents subits. (Même librairie.)

Recueil de conférences du Dr von Esmarch, orné de 96 fig. et d'un caractère pratique.

CARNET DU PRATICIEN

Pilules purgatives

Extrait de belladone	0,01 centigr.
Resine de jalap	0,01 —
Podophylle	0,01 —
Extrait de gentiane	0,02 —
Aloès du Cap	0,10 —

F. s. a. pour une pilule, argenter. En faire vingt semblables.

Une à cinq comme laxatif ou comme purgatif.

Trichophytie de la barbe

Toucher matin et soir avec :

Bichlorure de mercure	0 gr. 20
Formol	0 — 75
Acétone	10 grammes
Alcool camphré	100 —

La nuit, appliquer la pommade suivante :

Iode métalloïdique	0 gr. 20
Vaseline	20 grammes

Dr Brocq.

Traitement de la coqueluche

Parmi les innombrables médicaments proposés contre la coqueluche, en voici quelques-uns qui m'ont parfois donné de bons résultats :

Sirop de tolu	60 grammes
Sirop de polygala	60 —
Sirop d'eucalyptus	30 —

De 4 à 8 cuillerées par jour.

Dans la période convulsive, alors que l'existence de la coqueluche est confirmée et qu'on ne constate aucune complication, on peut autoriser quatre petits repas et après les trois premiers donner une ou deux petites cuillerées de café noir chaud et sucré ; ce moyen a souvent remédié aux vomissements parfois si opiniâtres qui provoquent trop souvent l'affaiblissement des petits malades.

Les vomitifs et surtout l'ipéca ou le narcisse des prés répétés de temps en temps semblent parfois hâter la période catarrhale ; ils sont surtout efficaces dans les cas où la complication bronchite n'est pas très intense.

J'ai souvent fait usage de la belladone, mais avec des résultats très variables. — Voici la méthode employée (pour les enfants de au moins d'un an):

Extrait de belladone	0 gr. 010
Poudre de racine de belladone	0 gr. 25
Sucre en poudre	0 gr. 50

Mélangez et divisez en 25 petits paquets Donner d'un à quatre paquets par jour, mais progressivement, en augmentant d'une prise que tous les deux jours. Pour les enfants de 2 à 5 ans, on peut donner 6 à 8 prises par jour, mais progressivement aussi.

J'ai parfois obtenu de bons résultats en associant la belladone aux bromures de potassium, de sodium ou d'ammonium préparés en sirop. Enfin, le drosera a semblé me donner assez souvent une diminution dans le nombre et l'intensité des quintes.

Voici la formule que j'emploie souvent avec succès :

Teinture de drosera	40 grammes
Teinture d'aconit	10 —
Teinture de belladone	8 —

de 20 à 50 gouttes par jour en 3 fois.

Quant aux produits de l'épuration du gaz d'éclairage (usine à gaz), non seulement il n'a jamais pour moi produit d'effet favorable, mais en maintes circonstances il a été la cause de graves complications pulmonaires.

Le changement d'air et l'usage des bains d'air comprimés sont à la fin des coqueluches un excellent moyen pour hâter leur terminaison.

Dr Blache.

Les vomissements incoercibles des nourrissons au sein

Administrer avant chaque tétée une cueillerée à soupe de la solution suivante :

Eau distillée	250 grammes
Citrate de soude fraîchement préparé	5 —
Sirop simple	50 —

En 24 ou 48 heures les vomissements sont arrêtés dans la majorité des cas. Parfois, ces troubles digestifs résistent à la médication, et indiquent la nécessité de changer la nourrice. Si cela est impossible, supprimer l'allaitement au sein et donner du lait stérilisé additionné de citrate de soude.

Dr Variot.

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 17.500 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 33, rue J.-J. Rousseau

Le Gérant : Docteur Lucien-Graux.

VILLES DE SAISON

CE QUI SE PASSE

A Aix-les-Bains.

M. Pierpont Morgan est venn faire plusieurs séjours en France. Il s'est arrêté notamment à Aix-les-Bains.

Ayant rencontré l'autre jour, à New-York, notre compatriote le Dr Paul Guyenet, en mission officielle pour une enquête sur la thérapeutique en Amérique, il lui demanda s'il repartait bientôt pour la France.

— Je vais m'embarquer sur *La Savoie*

— En ce cas, dit Pierpont Morgan, veuillez, je vous prie, déposer pour moi, à l'hôpital d'Aix-les-Bains, cette petite carte de visite...

Et il signa un chèque de 200.000 francs qu'il remit à M. Paul Guyenet.

ÉCHOS

Certificat d'études pénales.

Un enseignement nouveau est créé à l'Université de Montpellier, pour la préparation du certificat d'études pénales.

Cet enseignement comprend le droit pénal, la procédure pénale, la criminologie et la science pénitentiaire, la psychiatrie et la médecine légale. Sa durée est de deux semestres. Il est organisé, sous la direction du doyen de la Faculté de droit, par les professeurs des Facultés de droit et de médecine.

Il comprend les cours de droit criminel, de médecine légale et de psychiatrie, ainsi que des conférences sur la procédure pénale et le fonctionnement de l'administration pénitentiaire, sur l'étude pratique, avec pièces et examen de dossiers, de la marche de l'instruction et du procès pénal.

Les appointements des médecins du bureau de bienfaisance.

La troisième section de la sixième chambre du tribunal avait à statuer, hier, sur la question de savoir si un créancier peut opérer valablement une saisie-arrêt entre les mains du receveur de l'Assistance publique, sur « les appointements, indemnités ou honoraires » des médecins du bureau de bienfaisance à Paris.

Après plaidoiries de Mes Blaisot et Norbert-Fouilleul et sur conclusions de M. le substitut Maestraci, le tribunal, présidé par M. Le Roy, a décidé :

1° Que le tribunal est incompétent pour statuer sur la validité des saisies-arrêts effectuées sur les appointements fixes (1.200 francs par an) des médecins du bureau de bienfaisance. Ces appointements sont régis par la loi relative aux fonctionnaires touchant des appointements inférieurs à 2.000 francs;

2° Que la saisie-arrêt effectuée est valable en ce qui concerne les allocations attribuées par l'Assistance publique au médecin du bureau de bienfaisance en dehors et en sus des 1.200 francs. Ces allocations ont pour but, comme on le sait, de rétribuer les médecins des visites médicales qu'ils font aux employés de mairies.

Facultés de Médecine.

Diplômes de docteurs en médecine délivrés par les Facultés françaises pendant l'année scolaire 1909-1910.

FACULTÉS	DOCTEURS en MÉDECINE		TOTAL des Thèses
	Diplôme d'Etat	Diplôme d'Univers.	
Paris	450	34	483 (a)
Alger	3	»	3
Bordeaux	70	»	70
Lille	44	»	44
Lyon	109	3	112
Montpellier	120	13	132 (b)
Nancy	32	2	34
Toulouse	55	»	5
Beyrouth	32	»	» (c)
TOTAUX	915	52	962

(a) Un diplôme d'État a été délivré, avec dispense de la thèse, à un docteur ayant obtenu un diplôme d'Université à Paris en 1906.

(b) Un diplôme d'Etat a été délivré, avec dispense de la thèse, à un docteur ayant obtenu un diplôme d'Université à Montpellier en 1906.

(c) Les étudiants de la Faculté de Beyrouth sont dispensés de la thèse

L'Art de gagner de l'argent

SANS LE MOINDRE RISQUE

est à la portée de tout le monde

Le marché a conservé très bonne allure. La hausse se maintient dans la plupart des compartiment de la cote. Elle aurait été encore plus accentuée sans les réalisations très naturelles d'ailleurs d'acheteurs désireux d'encaisser leurs bénéfices. Les nouvelles portugaises ont aussi pesé un peu sur le marché.

L'horizon est calme et la mise en paiement des coupons de janvier apportent de grands capitaux dont l'emploi ne peut qu'accentuer la hausse.

La rente 3 % s'est avancée à 97 fr. 60 à terme et 97 fr. 45 au comptant.

Les fonds russes ont toujours très bonne allure surtout le 3 % qui est encore loin du pair et présente ainsi une marque importante de plus-value.

Le groupe des Sociétés de crédit est toujours très animé.

La Banque de l'Algérie bien influencée par les récoltes de vin de l'Algérie s'avance à 1.857 en hausse sensible. La Société Générale est en vive avance ayant atteint 777. Le comptoir d'Escompte conserve son avance, l'Union parisienne touche 1 150.

Le groupe des grands Chemins français reste en dehors de la tendance presque générale et accentue sa faiblesse : le Nord est à 1.560, le Lyon à 1 155 et l'Orléans à 1.315. Le Métropolitain est ferme, à 622,50.

Le Suez a touché 5.470 à terme, et au comptant 5.475 Les actions nouvelles des Omnibus sont peu recherchées à 644. La Thomson Houston gagne quelques points, à 820. Le Rio Tinto finit faible, à 1.757, malgré les avis plus favorables concernant le marché du cuivre. La Sosnowice gagne 6 francs à 1 393. La Briansk ordinaire est à 248.50.

Sur le marché en banque, les mines d'or finissent mieux : la Goldsfield à 144.50, l'East Rand à 131 et la Rand Mines à 218 50.

Le marché de Lille reprend un peu. Signalons la Bruay à 1.250 en hausse. Marles est en bonne tendance.

On annonce un prochain emprunt marocain d'une trentaine de millions.

A. S. WEILL.

82e Année (Série XIIIe) — N° 78 — Le Numéro : 25 Centimes — Mercredi 25 Janvier 1911

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

Abonnements et Vente au Numéro
Librairie Médicale J. ROUSSET
1, Rue Casimir-Delavigne
PARIS

ABONNEMENTS :
Paris et Départements .... 10 fr.
Union postale......... 15 fr.
Edition Espagnole .... 10 fr.
Edition Portugaise.... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

DIRECTION & RÉDACTION
11 bis, Rue Villehardouin-Mareuil, PARIS
DIRECTEUR :
Dr LUCIEN GRAUX
Lauréat de l'Institut

Ancienne *Gazette de Santé*
(139e Année)

Hors concours, Membre du Jury
Exposition franco-britannique 1908
Vice-Prés. Expos. Bruxelles Cl. 16

ECHOS

Faculté de Médecine pratique.

Cours libre sur le Traitement des fractures :

Le Dr Dupuy de Frenelle a commencé ce cours le mardi 17 janvier 1911, à quatre heures, à l'amphithéâtre Cruvelhier. Ce cours essentiellement pratique aura lieu tous les mardi et jeudi à quatre heures.

Dans les asiles de la Seine

Sur le rapport de M. le Dr Navarre, le Conseil général de la Seine a pris plusieurs délibérations intéressantes : c'est ainsi qu'il a décidé que le préfet de la Seine devrait faire les diligences nécessaires pour obtenir le maintien du concours spécial institué sous le ministère Clémenceau, pour le recrutement des médecins de la Seine.

En outre, l'administration est invitée à poursuivre la prompte installation d'un nouvel asile qui dégagera les salles encombrées des asiles existants, et à réserver dorénavant la direction de ces établissements à un directeur-médecin.

Les méfaits du radium

Le radium vient de faire encore une victime. C'est le distingué chef du laboratoire de radiographie de la Salpêtrière, M. Infroit, qui a subi dernièrement l'ablation du médium de la main droite.

Le laboratoire de la Salpêtrière est l'un des plus importants de Paris. Il assure les services de radiographie de plusieurs hôpitaux. M. Infroit le dirige depuis sa création.

Nous lui adressons l'expression de toute notre sympathie.

La médaille d'or de l'internat des hôpitaux et hospices de Paris.

Le jury du prochain concours de la médaille d'or de l'internat des hôpitaux (médecine) vient d'être composé de MM. les docteurs André Chantemesse (Hôtel-Dieu), Avragnet (Enfants-Malades), Lœper (Hôtel-Dieu), Robert Wurtz (Issy) et Jean Hallé. Les candidats, au nombre de douze, sont : MM. Laroche (Bicêtre), Vaucher (Issy), Touraine (Trousseau), Barré (Bicêtre), Braun (Necker), P. Weill (Beaujon), Brin (Broussais), Jumentié (Pitié), Jacob (Saint-Louis), Paillard (Lariboisière), Lagasse (Enfants-Malades), Stévenin (Andral).

Le jury du prochain concours de la médaille d'or de l'internat des hôpitaux (chirurgie et accouchements) vient d'être composé de MM. les docteurs Charles Monod, chirurgien honoraire des hôpitaux, professeur à la faculté de l'Académie de médecine ; Pinard, professeur à la faculté de l'Académie de médecine ; P. Mauclaire (Charité), Maurice Auvray (Maison de santé Dubois), Campenon. Les candidats, au nombre de dix, sont : MM. Pascalis (Salpêtrière), Mock (Necker), Berget (Enfants-Assistés), Metzger (Pitié), Toupet (Saint-Antoine), Cadenat (Cochin), Barbet (Salpêtrière), Houdard (Cochin), Basset (Cochin), Cruet (Cochin).

La responsabilité professionnelle au Syndicat des médecins de la Seine.

Dans sa séance du 13 janvier 1911, le Conseil d'administration a voté l'ordre du jour suivant :

« Le Conseil d'administration du Syndicat des « Médecins de la Seine, représentant 1.700 méde- « cins syndiqués de Paris et de sa banlieue, ému « des conséquences graves que pourrait avoir l'éta- « blissement d'une jurisprudence limitant par une « responsabilité civile trop étendue la liberté d'ac- « tion du chirurgien ;

« Considérant que, le plus souvent, le chirurgien, « dans les circonstances les plus critiques, doit « prendre, sans arrière pensée et sans crainte, des « décisions rapides et parfois audacieuses ;

« Considérant que l'indécision et la timidité du « chirurgien sont toujours funestes aux malades « qui ont recours à ses soins ;

« Attire respectueusement l'attention de la Cour « sur les résultats fâcheux que pourrait avoir l'ex- « tension de la responsabilité en paralysant l'action « médicale et chirurgicale dans les cas où la vie « humaine se trouve le plus menacée ;

« Et émet le vœu que cette responsabilité reste « bornée, comme par le passé, à la faute lourde net- « tement établie. »

Les « doctoresses » en médecine de la Faculté de Paris, en 1910.

Au cours de l'année qui vient de finir, la Faculté de médecine de l'Université de Paris a jugé dignes du titre de docteur en médecine trente et une étudiantes, dont onze Françaises et vingt étrangères. En voici les noms avec l'indication des mentions qu'elles ont obtenues :

Mlles Alice Baillet, Aimée Porel, Marthe Vasseur, Françoise Koch, Thérèse Poutell, Marie Roy, Mme Pauline Libin, Mlles Marie Petroskaia, Emma Felder, Sabina Aronovitch (mention très bien) ; Mmes Cécile Dalayrac, Catherine Henri, Olga Pinois, Mlles Rébecca Rosenthal, Sarah Schechtmann, Vera Rochline, Sara Celnik, Gator-Gatowski, Sophie Drossic, Gourilew Lioubow, Julie Kalmanovitch, Marie Temkin, Pliouma Raïchstein, Bella Zolatareff, Marguerite Guichardon, Mmes Rachel Rubénovitch, Fanny Gypstein, Hélène Iaserlis (mention bien) ; Mlles Marie Gourvitch, Méry Voulfssonn, Mme Rosalie Lipskeroff (mention assez bien).

L'une des nouvelles doctoresses, Mlle Guichardon, est fille du juge d'instruction au tribunal civil de Paris.

Avis

M. le Dr Mougin nous prie de l'excuser auprès de ses confrères s'il ne leur a pas envoyé immédiatement un échantillon de *Pilules d'Herblay*. Il a voulu différer cet envoi jusqu'aux derniers jours de janvier. Pendant la période des étrennes, en effet, nombreux sont les échantillons qui risquent de s'égarer.

Nous appelons tout particulièrement l'attention de nos lecteurs sur l'article consacré aux *Pilules d'Herblay*. (Voir page 27).

Corps de santé des troupes coloniales

Sont affectés : au Tonkin, M. le médecin-major de 2e classe Vaillant.

En Cochinchine, M. le médecin-major de 2e classe Rousseau, M. le médecin aide-major de 1re classe Dubarry.

En Afrique occidentale, M. le médecin-major de 2e classe Rey, M. le médecin aide-major de 1re classe Gaubil. MM. les médecins aides-majors de 2e classe Neven, Moreau, Soulayrol, Chastel, Boileau, Cougard.

Au Dahomey, M. le médecin-major de 2e classe Carayon.

En Afrique équatoriale, M. le médecin-major de 2e classe Le Gaon. MM. les médecins-majors de 2e classe Quesseveur, Jacob. M. le médecin aide-major de 1re classe Le Fers.

A la Guyane, M. le médecin aide-major de 1re classe Herrmann.

En France, MM. Simon, médecin principal de 1re classe ; Metin, médecin principal de 2e classe ; Lefèvre, Delassus, Burdin, Rebonl, Melle, Legendre, Sevère, médecins-majors de 1re classe ; Lonjarret, Percheron, Boucher, Augé, Imbert, médecin-majors de 2e classe ; Leynia de la Jarrige, Gorillon, Le Gorgeu, Dubarry, Bernardeau, Chatenay, médecins aides-majors de 1re classe ; Legrand, médecin aide-major de 2e classe.

M. le médecin aide-major de 2e classe Vincens est affecté au service général de l'Afrique équatoriale.

Ictère infectieux bénin et Hémoptysies

CHEZ UN TUBERCULEUX LATENT

Rôle de l'Hypertension pulmonaire

Par M. Paul RIBIERRE, Médecin des Hôpitaux
Et M. Émile MERLE, Interne des Hôpitaux

En 1878, le professeur Potain (1) attira l'attention sur certains troubles fonctionnels du cœur en rapport soit avec des phénomènes dyspeptiques, soit avec des affections, le plus souvent bénignes et transitoires, du foie et des voies biliaires. Il s'agissait de dilatation aiguë du cœur, portant surtout sur les cavités droites de cet organe, et que M. Potain rattachait à la vaso-constriction des capillaires pulmonaires et à l'hypertension pulmonaire qui en était la conséquence : vaso-constriction et hypertension dans le domaine de l'artère pulmonaire étaient elles-mêmes déterminées par un réflexe à point de départ gastrique ou biliaire. Ces faits furent confirmés ultérieurement par les recherches cliniques de MM. Destureaux (2), et Barié (3), et par les travaux expérimentaux de Chauveau, Morel (4) et François-Franck (5). Ce dernier montra que la voie centripète du réflexe était, en l'espèce, constituée par le grand sympathique.

Bien que ces notions aient aujourd'hui droit de cité dans tous les traités classiques, il nous a paru, plus d'une fois, qu'un certain nombre de médecins ne les accueillaient pas sans quelque scepticisme. C'est pourquoi l'observation que nous rapportons ici nous semble offrir quelque intérêt : elle a, croyons-nous, presque la valeur d'un fait expérimental. L'hypertension pulmonaire, apparue brusquement au cours d'un ictère infectieux bénin, s'est traduite non seulement par une symptomatologie physique très caractéristique, mais encore par un accident d'une réelle importance : une hémoptysie assez abondante chez un sujet dont la tuberculose était, jusqu'alors, demeurée latente.

Un jeune homme de dix-huit ans entrait le 7 octobre à l'hôpital Laënnec, salle Damaschino, n° 23, à la fois pour un ictère intense et pour une hémoptysie.

Après quelques jours de lassitude, de courbature, de céphalée et d'insomnie, mais sans aucun symptôme digestif notable, l'ictère avait débuté le 3 octobre. Dès ce moment, les matières fécales étaient décolorées. Lorsque nous examinâmes le malade, le 8 octobre, l'ictère était très marqué, les urines rares et de teinte acajou avec réaction de Gmelin caractéristique; la température atteignait 39°3; le pouls était à 110, régulier et bien frappé; l'état général assez bon. Le foie débordait légèrement les fausses côtes droites, mais il n'existait aucun phénomène douloureux abdominal : on notait seulement un léger état saburral de la langue. La matité splénique était à peu près normale.

Pour en finir tout de suite avec l'ictère, nous dirons que l'évolution fut absolument celle d'un *ictère infectieux bénin*. La teinte jaune des téguments s'accentua encore pendant quarante-huit heures, et les matières restèrent décolorées durant plusieurs jours; mais, dès le lendemain de l'entrée, la température tombait à 37°8 pour s'abaisser encore les jours suivants. En même temps s'ébauchait une *crise polyurique et azoturique*, qui allait s'affirmer ultérieurement. Le 10 octobre, le malade urinait 1.940 centimètres cubes et éliminait 46 grammes d'urée. A ce moment, on notait avec une leucocytose polynucléaire appréciable (17.000 leucocytes avec 78 p. 100 de polynucléaires) une légère éosinophilie (5 p. 100). Le 16 octobre, la coloration ictérique commençait à s'atténuer, le malade entrait en convalescence et sortait sur sa demande le 20 octobre.

Le séro-diagnostic s'était montré négatif. A aucun moment, ce malade n'avait eu d'épistaxis ni de purpura et, en somme, cet ictère infectieux bénin aurait présenté une évolution tout à fait simple et classique, n'eût été l'apparition du symptôme sur lequel nous voulons surtout insister : *l'hémoptysie*.

Ce jeune homme, dont les *antécédents héréditaires* sont entachés de *tuberculose*, car sa mère est morte phtisique, avait eu quelques rhumes assez prolongés pendant les derniers hivers. Mais son état général était resté excellent; il n'y avait ni amaigrissement, ni perte des forces et, jusqu'aux troubles prémonitoires de l'infection biliaire, il s'était livré, sans interruption, au métier assez pénible d'ajusteur.

Le 4 octobre, c'est-à-dire le *lendemain du début de l'ictère*, il est pris brusquement d'une *hémoptysie* qu'avec l'exagération habituelle en pareil cas il évalue à un litre, mais, qui, en tout état de cause, a été assez abondante. Les jours suivants, l'hémoptysie se répète, plus modérée, sans toux notable dans l'intervalle des crachements de sang.

Le 9 octobre, à notre première visite, le crachoir du malade est à moitié rempli d'une expectoration rouge foncé, légèrement spumeuse.

L'examen physique des poumons révèle au sommet gauche, en avant, une légère élévation de la tonalité, à la percussion, une augmentation des vibrations vocales avec retentissement de la toux et de la voix, de la rudesse inspiratoire, avec quelques râles très fins et très secs après l'inspiration qui suit la toux. Ces mêmes râles qui paraissent correspondre soit à de la congestion, soit à de la réplétion alvéolaire par le sang extravasé, se retrouvent, en arrière, jusque dans la fosse sous-épineuse. Le sommet droit n'offre qu'un légère élévation de la tonalité du son de percussion.

L'examen du *cœur* nous fournit des renseignements particulièrement intéressants. D'emblée on est frappé par *l'éclat tympanique du deuxième bruit, au foyer d'auscultation de l'artère pulmonaire*. Il y a une remarquable disparité entre cet éclat du deuxième bruit pulmonaire et la tonalité normale du deuxième bruit à l'orifice aortique.

A ce signe se bornent les renseignements fournis par l'auscultation du cœur. Il n'existe aucun bruit du souffle, *aucun rythme de galop*. Mais la percussion du cœur révèle que la ligne droite de matité relative déborde légèrement le bord droit du sternum. L'air de matité cardiaque, calculée d'après la méthode du professeur Potain, est de 109,5.

La pression artérielle à la radiale (sphygmomanomètre de Potain) atteint 14,5. Donc, pas d'hypertension dans le domaine de la grande circulation.

L'expectoration hémoptoïque s'est prolongée jusqu'au 14 octobre, mais elle est allée en diminuant progressivement. Le troisième jour, elle n'était plus constituée que par quelques crachats noirâtres, conglomérés; il s'agissait évidemment de l'élimination d'un foyer hémorragique déjà ancien. D'ailleurs, à ce moment, l'auscultation du cœur montrait déjà l'atténuation de l'éclat tympanique du deuxième bruit pulmonaire. Cette atténuation s'est réalisée progressivement, et le 14 octobre il existait à peine une légère différence entre le foyer aortique et le foyer pulmonaire.

La légère dilatation cardiaque rétrocédait parallèlement; le bord droit de la matité cardiaque disparaissait sous le sternum, et le 15 octobre l'aire de matité cardiaque est de 95,8.

Les signes physiques persistent au sommet gauche, sauf les râles fins qui ont presque complètement disparu.

Ainsi, chez un jeune homme, suspect de bacillose pulmonaire, mais n'ayant présenté jusqu'alors aucune manifestation caractéristique, survient, le lendemain de l'apparition d'un ictère, une abondante hémoptysie et, lorsqu'on examine ce malade, on constate le signe absolument caractéristique de l'hypertension dans le domaine de l'artère pulmonaire : l'éclat tympanique du deuxième bruit au foyer d'auscultation de l'artère pulmonaire. C'est d'après Barié (1), le *seul signe constant* dans les accidents cardiopumonaires, consécutifs aux troubles gastrohépatiques. Chez notre malade ce signe présentait de l'intensité qu'il offre dans certains cas de rétrécissement mitral, mais il n'existait aucun signe de cette affection valvulaire que nous avons recherchée avec soin, à plusieurs reprises, avec tous les artifices utilisés en pareil cas. Aussi bien cette symptomatologie physique a été essentiellement transitoire et s'est évanouie en quelques jours, parallèlement à la disparition des accidents hémoptoïques.

Il nous semble que notre observation offre un bel exemple, et quasi expérimental, de l'action réflexe exercée dans le domaine de la circulation pulmonaire par les irritations portant sur les voies biliaires, action si bien mise en lumière par les travaux de M. Potain et de ses élèves. Si l'on était tenté d'invoquer ici la seule influence hémorragipare de l'ictère, nous objecterions que notre malade n'a présenté aucune hémorragie et que, d'autre part, ce n'est pas dans les ictères aussi bénins que l'on observe les tendances hémorragiques en rapport avec les troubles de la coagulabilité du sang.

Suivant la remarque des auteurs précités, c'est dans les affections les plus bénignes et souvent les plus transitoires des voies biliaires — aussi bien que de l'estomac — que l'on observe le plus communément ce retentissement sur la circulation pulmonaire et, par son intermédiaire, sur le cœur droit. Il s'agit d'ictère catarrhal, de coliques hépatiques,

(1) Potain. *Congrès de l'Assoc. pour l'Avanc. des Sciences*, Paris, 1878.
(2) Destureaux. *Thèse*, Paris, 1879.
(3) Barié. *Revue de médecine*, janvier 1883.
(4) Morel. *Thèse*, Lyon, 1880.
(5) François-Franck, *Gaz. heb. de Med. et de Chir.*, 1880.

(1) Barié. *Loc. cit.*

et le cas que nous rapportons est absolument classique à ce point de vue.

Par contre l'hémoptysie est relativement rare dans les faits qui ont été observés par MM. Potain, Barié et Destureaux. « Chez quelques malades, dit M. Barié, on voit survenir des crachements de sang pendant l'accès cardio-pulmonaire : en ville, M. Potain a constaté le fait, à deux reprises différentes, chez un homme dyspeptique qui succomba plus tard à la suite d'une insuffisance tricuspidienne; une fois seulement ils ont été notés chez une des malades de la clinique de Necker... » L'explication de la rareté habituelle de l'hémoptysie, en pareil cas, et de son importance, dans le fait que nous rapportons, nous parait facile à donner. De même qu'il n'est pas prouvé que l'hypertension artérielle, dans le domaine de l'aorte, puisse suffire à déterminer une hémorragie cérébrale méningée, de même qu'en général cette cause mécanique n'entraine une pareille conséquence qu'à la faveur de lésions artérielles préexistantes, d'ailleurs souvent minimes, ainsi l'hypertension pulmonaire n'est, à elle seule, qu'un facteur, en général insuffisant, d'hémorragies pulmonaires. Mais que l'hypertension se manifeste chez un tuberculeux — et c'était le cas de notre malade — alors à l'action mécanique se combinent les lésions anatomiques des fins ramuscules vasculaires, réalisés si précocement par le processus bacillaire. On a invoqué récemment l'influence de l'hypertension artérielle générale dans la pathogénie de certaines hémoptysies tuberculeuses : à plus forte raison, l'hypertension pulmonaire peut-elle jouer un rôle important dans le déterminisme de tels accidents, et notre observation le prouve d'une façon indiscutable.

Nous signalerons un dernier point : c'est l'absence chez notre malade de cette riche symptomatologie fonctionnelle que MM. Potain et Barié avaient pu observer dans un grand nombre de cas. Ici, ni angoisse précordiale, ni crise dyspnéiques, ni palpitations. D'autre part, la dilatation du cœur droit a été modérée et, à aucun moment, nous n'avons entendu de bruit de galop. M. Barié avait bien noté d'ailleurs le caractère fruste de la symptomatologie dans quelques cas, et comme nous le disons plus haut, il avait signalé que l'accentuation du deuxième bruit pulmonaire était le seul signe constant, tous les autres étant contingents. « Dans quelques cas, dit-il, l'accentuation du deuxième bruit est telle qu'il est difficile de penser que la tension vasculaire intra-pulmonaire ne soit pas portée à un degré aussi considérable que dans la forme à grande crise. Pourquoi, dans ce cas le cœur ne se dilate-t-il pas? » Nous pensons qu'il faut faire intervenir, pour interpréter de tels faits, la valeur antérieure du myocarde : il n'est pas étonnant que, chez un sujet jeune, comme notre malade, la dilatation du cœur ait été très modérée, et que l'on n'ait, à aucun moment, pu saisir chez lui le moindre bruit de galop, ce cri d'alarme de l'asthénie cardiaque.

NOS COLLABORATEURS

Nos colonnes sont ouvertes à tous et nous publions les articles et notes pratiques d'un caractère original et pouvant intéresser les praticiens que nous envoient nos lecteurs, abonnés ou non.

Nous cherchons ainsi à recueillir des faits cliniques observés tant en France qu'à l'étranger et qu'il importe souvent de mettre en lumière.

ACTUALITÉS MÉDICALES

H. P. et A. P.

Par le Docteur A. BARATIER

Du 1er janvier à la Saint-Sylvestre, de chaque année, les multiples hôpitaux, hospices, baraquements et autres dépendances hospitalières de l'Assistance publique sont encombrés; les brancards debordent, on fait flèche de tout bois pour recevoir les égrotants, on improvise à la hâte des lits d'infortune et, malgré tout cela, les files formidables des malades s'allongent indéfiniment devant les portes closes des bureaux d'admission!

Et, chose naturelle, les médecins crient à l'encombrement, les philanthropes hurleot au scandale, les malades agonisent .. de sottises les infirmiers qui n'en peuvent mais, les pouvoirs publics dressent, sur le papier, des projets sublimes d'emprunts colossaux destinés à l'édification de nouveaux hôpitaux gigantesques et, là-bas, à l'autre bout de l'avenue Victoria, les grands préposés à l'administration de l'A. P., s'arrachent leurs derniers cheveux en compulsant les rapports quotidiens concernant les admissions de plus en plus formidables dans les salles d'hôpitaux séquaniens...

Or, d'après les statistiques aussi rigoureuses qu'officielles, le nombre des malades et des maladies diminue à Paris; la population de la Ville Lumière est de moins en moins dense, les indigents soignés à domicile sont de plus en plus nombreux et il n'y a plus de place à l'hôpital?

Et, nuit et jour, nos grands administrateurs pâlissent devant cette cruelle énigme : Moins de malades... plus d'hospitalisés!

Je croirais manquer à tous mes devoirs d'homme, de medecin et de citoyen, voire même de véritable Parigot de Paris, si je laissais ces Messieurs de l'A. P. se méningiter plus longtemps; la perte serait trop douloureuse. Et voici comment je vais leur expliquer la solution du rebus qui, depuis quelque dix ans, provoque en leur esprit de si troublantes angoisses.

Sur 100 individus, hommes ou femmes, entrant chaque jour dans un hôpital de Paris, il y en a 60 qui habitent la capitale et qui ont droit à leur hospitalisation parce que indigents et malades; quant aux 40 autres ils viennent directement de la province, d'un village quelconque, d'un hameau inconnu où, grâce à leurs terres, rentes, fermes et revenus, ils jouissaient de la vénération et de l'estime de tous, et où, grâce surtout à la rotondité du bas de laine légendaire précieusement placé au fond de leur armoire, ils font la loi.

Et un jour, ces braves gens, riches, je le redis, ayant à leur disposition tout ce qui leur faut pour être parfaitement soignés en leur patelain, tombent grièvement malade. Cet accident arrive à tout le monde. Mais comme les soins d'un médecin, et surtout d'un chirurgien, de la ville voisine, coûteraient fort cher; comme l'opération risquerait de les mener de vie à trépas, comme ils ont une frousse intense, dare dare, ils prennent la patache ou le train et arrivent à Paris...

Là, ils descendent chez un ami, cousin, pareut quelconque..., et le lendemain, ils se présentent à la consultation et sont admis d'urgence à l'hôpital, hôpital qu'ils ont choisi de plein gré, service du maitre dont ils ont entendu louangeusement parler et qu'ils ont daigné choisir pour les opérer à l'œil!

Naturellement, moyennant une pièce de 40 ou de 100 sols, on a fait le mot à la concierge de l'ami, parent ou cousin....., l'egrotant a enfilé les frusques demodées du larbin ou du concierge du cousin, parent ou ami, et, riche, il vole à l'hôpital le lit du pauvre qui, faute de place et de soins, crèvera peut-être le soir même sur le grabat de sa mansarde ou au coin d'une borne quelconque!

L'enquête du préposé à l'A. P. est illusoire, elle est d'une inefficacité absolue, elle est inutile et ne sert et ne peut servir à rien... Tant roublard soit ce fonctionnaire, il trouve plus malin que lui et il est roulé dans les grands prix! Et si, par impossible, l'A. P. découvre (une fois sur dix mille) la supercherie, maire, conseiller général, député, senateur ou ministre sera là pour certifier officiellement que X... Y... ou Z..., habitant Machin ou Chose est dans la misère... malgré les 5 ou 600 francs d'impôts payés au percépleur ou les 3 ou 4.000 francs de rentes que lui verse chaque année le trésorier particulier ou général en échange de ses coupons!

A Paris, ce sont les étrangers surtout qui sont soignés dans nos hôpitaux; ce sont les rentiers de province qui y occupent les lits des malheureux, ce sont les gros bonnets des villages qui s'y dorlotent aux lieu et place des indigents...

Et ce sont les contribuables de Paris qui se serrent la ceinture d'un cran pour permettre aux voleurs du bien des pauvres de se faire soigner, opérer et guérir *Gratis pro Deo!*

Quand un meurt-de-faim vole un pain chez le boulanger du coin, les agents de M Lépine le logent, gratis également, à la Tour Pointue...

Ne pourrait-on pas faire de même pour ces malandrins d'un nouveau genre qui volent les lits hospitaliers des malheureux?

Association médicale internationale contre la guerre

Cette intéressante association, fondée en 1905 et dirigée par notre ami le Dr Rivière, vient de publier un gros ouvrage contenant les actes et manifestations diverses de cette œuvre humanitaire. Ses moyens d'action sont des plus importants; elle ne comprend pas moins de 10.000 membres groupés dans des Comités nationaux et elle exerce une action manifeste dans la tendance pacifiste qui tend à se faire jour dans la presse mondiale. Les médecins sont respectés et écoutés et leur parole peut avoir dans leur entourage une influence décisive. Il était très intéressant de réunir dans une même action aussi heureuse leurs efforts disséminés.

L'œuvre de Rivière doit être encouragée et les adhésions devraient être de plus en plus nombreuses. Les adhésions n'entrainent à aucun frais.

Je soussigné (nom et prénoms) ______________________

désire faire partie de l'« Association médicale internationale pour aider à la suppression de la guerre » et donner mon adhésion au Congrès qui se tiendra en 1911.

SIGNATURE ET ADRESSE COMPLÈTE :

Les adhésions à cette œuvre doivent être adressées au Président-Fondateur, le Dr J.-A. Rivière, 25, rue des Mathurins, à Paris.

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

Fibromes de l'utérus (symptômes et diagnostic; indications opératoires), par le docteur Lepetit, chirurgien en chef de l'Hôtel Dieu, de Clermont-Ferrand. (*Centre Médical.*)

Les fibromes de l'utérus, ou corps fibreux, ou myomes, ou fibromyomes sont une des affections les plus fréquentes de la gynécologie, et leur évolution peut entraîner des troubles très graves, allant jusqu'à la mort si on n'intervient pas à temps, tandis que l'intervention est toute puissante sur eux : aussi leur connaissance approfondie est-elle de la toute grande importance aussi bien pour le médecin praticien que pour le chirurgien.

Les symptômes des fibromes peuvent être très différents suivant les cas, et cette variété tient à leur situation anatomique et à leur différence de volume : nous pouvons en effet, comme tout le monde le sait, observer des fibromes intra-utérins contenus dans la cavité utérine, interstitiels situés dans l'épaisseur des parois de l'utérus ou sous-péritonéaux reliés à la face externe de l'utérus par un pédicule plus ou moins large et plus ou moins long ; d'autre part, le volume du fibrome peut varier dans des proportions considérables depuis la petite tumeur grosse comme un œuf de pigeon, jusqu'à ces énormes fibromes pesant plusieurs kilos (il m'est arrivé d'en enlever un de treize kilos cinq cents grammes). On conçoit facilement que dans des cas si divers, nous devons trouver une symptomatologie également très diverse et il nous faudra un examen approfondi pour arriver au diagnostic exact : pourtant il y a un certain nombre de signes constants que nous retrouverons dans la plupart des cas, en plus ou en moins, et qui constituent comme le substratum clinique de cette affection.

Le plus souvent ce qui lui amène la malade à consulter ce sont des hémorrhagies : c'est en effet un des signes les plus constants et les plus précoces du fibrome; il n'y a guère que certains fibromes sous-péritonéaux à longs pédicules qui ne font pour ainsi dire pas partie de l'utérus qui puissent évoluer sans hémorrhagies, toutes les autres variétés en causent mais elles sont d'autant plus abondantes et plus fréquentes que le fibrome est plus voisin de la muqueuse utérine, c'est ainsi que les fibromes intra-utérins sont de beaucoup les plus hémorrhagipares, c'est eux surtout qui peuvent donner ces hémorrhagies formidables capables d'amener la mort par elles seules.

Il m'a été donné une fois de voir *de visu* la cause de ces grandes hémorrhagies : à l'examen d'un utérus fibromateux que je venais d'enlever et qui avait causé des métrorrhagies telles que la malade avait une syncope rien que pour le fait de soulever la tête dans son lit, j'ai trouvé un gros fibrome intra-utérin entouré d'un lacis veineux très développé et une de ces grosses veines était rompue, et c'est elle qui saignait.

Au début, ces hémorrhagies des fibromes se montrent le plus souvent sous forme de ménorrhagies, c'est-à-dire que les règles sont simplement plus longues et plus abondantes que de coutume, puis elles deviennent des métrorrhagies, c'est-à-dire des hémorrhagies paraissant dans la période intercalaire.

Ces hémorrhagies ont certains caractères à peu près constants : elles surviennent très brusquement : courtes ou longues, elles sont toujours abondantes pendant le temps qu'elles durent, puis s'arrêtent complètement, soit spontanément, soit sous l'influence d'un traitement approprié et pendant un temps plus ou moins long suivant les cas, la malade n'a plus aucune perte : on trouve là un signe diagnostic important pour les distinguer des hémorrhagies du cancer et de la métrite hémorrhagique où les pertes de sang n'ont jamais cette abondance, mais où elles sont presque continues. Ces hémorrhagies se composent parfois de sang liquide seulement, mais souvent aussi, les malades perdent des caillots plus ou moins volumineux, quelquefois énormes, qui habituellement sont expulsés sans douleur, tandis que l'explosion des caillots dans la dysménorrhée pseudo-membraneuse s'accompagne toujours de douleurs plus ou moins vives à caractère de douleurs expulsives. Ces hémorrhagies peuvent rester pendant fort longtemps le seul signe fonctionnel du fibrome, mais en général au bout d'un certain temps d'autres signes se montrent qui viennent à l'appui du diagnostic. Pour en finir avec le chapitre des écoulements vaginaux, disons que parfois on voit un écoulement extrêmement abondant d'un liquide clair, à peine coloré et beaucoup plus fluide que la leucorrhée des métrites : ce liquide est excrété par certains fibromes mous, des fibromes malades, auxquels celte particularité a fait donner le nom de fibromes hydrorrhéiques : ce liquide est inodore et non irritant ce qui le fait facilement distinguer des écoulements fétides du cancer ulcéré: le fibrome ne donne d'écoulement fétide que dans le cas de sphacèle, on a alors une odeur gangréneuse très différente de l'odeur fade, écœurante du cancer.

Au début, le fibrome est absolument indolent, n'étaient les hémorrhagies, la malade ne se douterait pas qu'elle porte une tumeur utérine : toutefois, au bout de quelque temps, l'élément douleur fait son apparition mais sous des formes très différentes suivant les cas. D'abord la malade sent seulement comme un poids, une lourdeur dans le bas-ventre avec sensation de tiraillements lombaires, puis avec l'augmentation de volume apparaissent des douleurs plus vives, mais d'un caractère très différent suivant la variété du fibrome à laquelle on a affaire : pourtant certains fibromes sous-péritonéaux ou interstitiels, qui ne sont pas enclavés dans le petit bassin, peuvent acquérir un volume très notable sans causer aucune douleur véritable, simplement une gêne plus ou moins grande suivant leur volume et leur poids. Si nous nous trouvons en présence d'un fibrome intra-utérin, nous verrons apparaître des douleurs toutes particulières comme caractère et comme causes : ce fibrome forme comme un corps étranger dans l'utérus, et c'est une règle générale que quand un organe musculaire creux contient dans sa cavité un corps étranger, ses parois musculaires se contractent pour chercher à expulser ce corps étranger. L'utérus ne fait pas exception à la règle, et par intermittences ses parois se contractent violemment pour expulser ce fibrome faisant corps étranger pour en accoucher véritablement; mais le fibrome n'est pas libre dans la cavité utérine, par conséquent il ne peut pas être expulsé purement et simplement comme un fœtus : l'effet de ces contractions est simplement de repousser vers l'extérieur le fibrome coiffé par la muqueuse qui restant en continuité avec le reste de la muqueuse utérine lui forme un pédicule le reliant aux parois utérines, le fibrome sous-muqueux est devenu un polype de l'utérus.

Mais on sait que toute contraction violente des muscles à fibres lisses est douloureuse, et douloureuse d'une façon spéciale, la douleur en forme de coliques, et c'est ce qui se passe dans le cas qui nous occupe, quand l'utérus se contracte violemment pour chasser le fibrome sous-muqueux et le transformer en polype, la malade ressent des douleurs très vives, siégeant à l'hypogastre et à retentissement lombaire, des douleurs à forme expulsive ressemblant tout à fait aux douleurs de l'accouchement.

Dans certains cas de fibrome sous-péritonéal, petit et à très long pédicule, on peut voir un genre de douleur tout particulier : sous l'influen-

ce d'un mouvement brusque, le fibrome est projeté en avant ou en arrière, aussi loin que peut le lui permettre son long pédicule et il peut se faire qu'il retombe sur l'ovaire produisant une douleur subite, extrêmement vive, avec tendance à la syncope : j'ai eu une fois l'occasion d'observer un cas de ce genre très net et à l'opération j'ai pu contrôler la réalité de l'interprétation, la disposition et la longueur du pédicule était telle qu'en le tendant le fibrome venait exactement se reposer sur l'ovaire.

Mais ce n'est pas là la cause la plus ordinaire des douleurs causées par les fibromes : quand un fibrome interstitiel ou sous-péritonéal devient douloureux, c'est que enclavé dans le bassin, ne pouvant remonter dans la grande cavité abdominale, il exerce une compression plus ou moins forte sur les nerfs du voisinage, c'est ainsi qu'on peut voir des douleurs sciatiques rebelles à tout traitement par compression du nerf sciatique à son origine par un fibrome enclavé. En dehors de ces cas d'enclavement, quand on voit un fibrome s'accompagner de douleurs vives on peut conclure qu'il y a une complication, salpingite le plus souvent.

La douleur n'est pas le seul accident qui puisse être causé par la compression : cette compression portant sur les organes voisins de l'utérus, vessie, rectum, uretère, peut amener des troubles fonctionnels de ces organes. La compression sur la vessie se traduira tantôt par de la polakiurie, tantôt par de la rétention d'urine suivant que la compression se fera sur le corps ou sur le col de l'organe, mais c'est surtout pendant les poussées congestives menstruelles que se montreront ces troubles de miction, pouvant même s'accompagner de douleurs vésicales comme s'il s'agissait d'une véritable cystite. La compression sur le rectum peut provoquer une constipation opiniâtre, mais on a même cité des cas de véritable obstruction, mais c'est d'une extrême rareté. La compression des uretères est au contraire fréquente, et peut provoquer des troubles très graves : au début il y a distension simple du bassinet, indolente si elle se fait lentement, douloureuse, comme dans l'hydronéphrose intermittente, si elle se fait rapidement : si la compression se fait sur les deux uretères, on peut même voir une anurie complète avec toutes ses conséquences ; mais au bout d'un temps plus ou moins long, infailliblement il se produira ce qu'il se produit toujours lorsqu'il y a stagnation d'un liquide organique, c'est-à-dire l'infection de ce liquide, et au lieu d'une hydronéphrose, nous nous trouverons en face d'une pyonéphrose, c'est dire quelles redoutables complications peut amener la compression des uretères.

Il nous reste enfin à parler de troubles plus éloignés pouvant accompagner l'évolution des fibromes, surtout quand ils sont d'un gros volume, ce sont les troubles cardiaques. On voit assez souvent chez les malades portant de gros fibromes des souffles cardiaques, surtout des souffles mitraux ne reconnaissant d'autre cause que les troubles circulatoires tenant à la présence d'un gros fibrome, souffles qui, quand ils ne sont pas trop anciens, peuvent disparaître après l'ablation du fibrome. La pathogénie exacte de ces troubles cardiaques n'a pas encore été parfaitement élucidée, mais leur existence est reconnue de tous, et il faut toujours penser à leur possibilité pour établir le pronostic éloigné des fibromes.

La santé générale se maintient très bonne, tant que les hémorragies ne sont pas trop abondantes, et certaines femmes peuvent porter des fibromes pendant des années sans en souffrir en rien; mais quand les hémorragies prennent une certaine importance, elles ne tardent pas à déterminer un état d'anémie qui peut finir par devenir très grave par lui-même : la malade a un faciès absolument décoloré, les conjonctives, les gencives de porcelaine, et au premier aspect on pourrait presque croire au teint jaune paille des cancéreux cachectiques, mais si on y regarde de près, on peut s'assurer que c'est seulement une pâleur très marquée, comme en déterminent du reste seules les hémorragies abondantes et répétées, une hémorragie très abondante, mais unique ne donne pas absolument le même teint.

Tous ces signes, ou même l'un seul de ces signes, l'hémorragie, avec les caractères que nous lui avons décrits, doit éveiller en nous l'idée de fibrome et nous amener à faire l'examen gynécologique. La vue ne nous apprend rien si nous avons à faire à un petit fibrome, s'il est gros, nous verrons un abdomen plus ou moins distendu suivant le volume du fibrome : cette distension porte surtout sur la partie inférieure de l'abdomen, elle est habituellement médiane, mais peut quelquefois être latérale ; le plus souvent la peau de l'abdomen présente des vergetures que la femme ait eu ou non des enfants.

Par le palper, nous sentirons une tumeur ferme, quelquefois extrêmement dure, d'autres fois encore au contraire tellement molle, qu'on peut croire à de la fluctuation, et que ce seul procédé d'examen, la palpation peut nous laisser indécis entre un fibrome ou un kyste de l'ovaire ; ces fibromes très mous appartiennent, en général, à cette variété de fibromes, dont nous avons déjà parlé, les fibromes hydrorrhéiques. La surface est tantôt lisse, tantôt très irrégulière, mamelonnée, mais la consistance est partout égale, ou molle ou dure (les fibromes mamelonnés sont presque toujours durs) on ne trouve pas comme dans les sarcomes du corps de l'utérus une tubérosité molle à côté d'une tubérosité dure, cette tumeur est presque toujours parfaitement mobile, sauf si on a à faire à un fibrome tellement gros que les parois abdominales le brident, en effet, les adhérences sont extrêmement rares. La tumeur détermine naturellement de la matité, matité qui est médiane, et qui ne se déplace pas suivant le décubitus dorsal ou latéral, comme dans l'ascite ; disons que quelquefois, extrêmement rarement, on peut voir un fibrome s'accompagner d'ascite.

Le toucher va nous donner les derniers signes qui vont asseoir notre diagnostic de fibrome, et souvent de la variété du fibrome. Si nous nous trouvons en face d'un polype de l'utérus, c'est-à-dire un fibrome sous-muqueux énuclé hors de l'utérus, nous trouverons le vagin rempli plus ou moins par une masse dure, régulière, arrondie, saignant facilement sous le doigt ; en remontant le long de cette tumeur, nous arriverons sur le col utérin sain, à consistance normale, et nous sentirons une sorte de tige sortant de l'orifice de ce col et portant la tumeur à son extrémité comme une poire au bout de sa queue. Ce sont des cas d'un diagnostic enfantin, et ces constatations entraînent immédiatement le diagnostic de polype.

Dans les autres cas, le toucher nous montrera un col absolument normal, comme volume, comme forme et comme consistance : notons seulement qu'en général il sera très remonté, et que ce n'est qu'à bout de doigt que nous pourrons le trouver, quelquefois en ante ou rétro-version. Si nous explorons les culs-de-sac, souvent nous sentirons une tumeur faisant saillie soit sur la face antérieure, soit sur la face postérieure de l'utérus, mais faisant corps avec lui, n'en étant pas séparée par un sillon comme dans le cas de masse annexielle, tumeur du reste absolument indolente à la pression. Pendant que nous avons le doigt sur le col, si avec l'autre main nous faisons opérer des déplacements, la tumeur, nous sentons que le col suit ces déplacements, ce qui est un signe net que la tumeur dépend bien de l'utérus et non d'un organe voisin. Par le toucher, du reste, on se rend encore mieux compte de l'augmentation de volume de l'utérus que par la palpation seule ; on peut se rendre compte aussi si l'utérus est augmenté de volume dans son ensemble, ou si, au contraire, il porte seulement une tumeur accolée à lui en un point de sa surface : dans le premier cas, nous aurons devant nous un fibrome interstitiel ou un fibrome sous-muqueux qui ne s'est pas énucléé, dans le second cas, un fibrome sous-péritonéal.

Enfin, si l'on veut faire un examen complet, on pratiquera le cathétérisme de l'utérus avec l'hystéromètre ; s'il y a un fibrome sous-muqueux, on éprouvera une gêne à l'introduction de l'hystéromètre qui pourra être rejeté soit à droite, soit à gauche ; dans les autres variétés, on constatera infailliblement un allongement de la cavité utérine, phénomène bien connu sous la dénomination de grossesse fibreuse que lui a donné Guyon. A dessein je n'ai pas parlé de l'examen au spéculum qui ne nous apprendrait rien, sinon l'intégrité du col, du reste, j'ai absolument épousé le précepte de mon maître Bouilly qui nous répétait souvent que les diagnostics gynécologiques se font avec le doigt et non avec l'œil, le spéculum est un instrument de pansement utérin et non un instrument d'examen.

En possession de ces signes, le diagnostic de fibrome est le plus souvent très facile : nous allons passer rapidement en revue les autres affections qui ont des signes communs, et voir comment nous en ferons le diagnostic différentiel.

La métrite hémorragique, comme l'indique son nom, donne elle aussi des hémorragies, mais elles n'ont pas la même marche que celles du fibrome : nous avons vu que dans ce cas elles sont espacées et très abondantes, celles de la métrite hémorragique sont presque continuelles, les écoulements n'étant séparés que par quelques jours d'intervalle, d'autres fois même absolument continuelles, mais il s'écoule peu de sang à la fois, c'est un suintement plutôt qu'un écoulement abondant ; les caillots sont rares ; de plus, elles n'ont pas été précédées d'une période plus ou moins longue de ménorrhagies. Si on interroge soigneusement la malade, on apprendra le plus souvent que les hémorrhagies ont été précédées d'une interruption des règles plus ou moins longue ; en effet, ce qu'on appelle métrite hémorrhagique n'est en général qu'une fausse-couche méconnue qui a été suivie de rétention de membrane. Au toucher, on trouvera l'utérus normal comme volume, ou à peine augmenté, le col sain mais gonflé et entr'ouvert.

Le cancer du col ou du corps donne lieu lui aussi à des hémorrhagies qui peuvent être très abondantes et intermittentes comme celles du fibrome ; mais au toucher, dans le cas de cancer du col, on trouvera ce col induré, comme ligneux, souvent déjà végétant ou au contraire ulcéré, cette ulcération posant sur un fond induré. A un examen peu soigneux on pourrait confondre un polype avec un cancer très végétant, mais si c'est un cancer, la tumeur représentée par les végétations repose sur les lèvres du col lui-même, si c'est un polype, nous avons dit qu'on sent le pédicule s'enfoncer dans l'orifice du col qui en reste indépendant et a conservé sa consistance normale. Dans le cas de cancer du corps, on trouvera, comme dans le fibrome, le col sain et le corps augmenté de volume : il n'y a qu'une chose qui puisse faire faire le diagnostic, c'est le développement beaucoup plus rapide en cas de cancer : mais il faut reconnaître que le diagnostic entre cancer du corps et fibrome, est souvent presque impossible, il faut alors prendre le contre-pied du proverbe : « Dans le doute abstiens-toi » et intervenir au plus vite. De parti pris, je repousse certains éléments de diagnostic qu'on trouve dans tous les traités classiques : l'âge, nous savons tous, et j'ai eu souvent l'occasion d'y insister dans mes communications à la Société,

que le cancer peut se voir à tout âge, et notamment le cancer du col est fréquent chez de très jeunes femmes (j'ai opéré de cancer du col, une femme de 22 ans) ; la détérioration de l'état général, l'amaigrissement, la teinte jaune paille, ce ne sont pas des signes de cancer, ce sont des signes de cachexie cancéreuse, si on les attend pour faire son diagnostic, il est trop tard, il n'y a plus rien à faire: les écoulements fétides de même,ils n'apparaissent que quand le cancer est déjà ulcéré,c'est-à-dire en évolution depuis longtemps. J'ai déjà dit qu'on pouvait voir aussi ces écoulements fétides dans le fibrome gangrené, et qu'on pourrait faire le diagnostic parce que l'odeur n'est pas la même, et de plus, dans le fibrome gangrené, il y a une élévation de température qui manque dans le cancer.

Les hémorrhagies de la ménopause pourraient quelquefois en imposer pour un fibrome, d'autant plus que ces hémorrhagies se voient surtant plus que ces hémorrhagies se voient surparenchymateuse, c'est-à-dire un utérus augmenté de volume, mais là, l'âge des malades sera un puissant moyen de diagnostic, il est bien rare de voir un fibrome attendre jusqu'à cet âge pour donner signe de vie, de plus, des moyens médicaux simples viennent en général assez vite à bout de ces hémorrhagies, et la ménopause s'établissant définitivement, tout trouble fonctionnel cesse.

Si c'est le développement du ventre qui amène la malade à consulter, si à notre premier examen nous nous trouvons en présence d'une tumeur déjà volumineuse, c'est avec d'autres affections qu'il nous faudra établir le diagnostic. En premier lieu, il faut tout d'abord penser à la grossesse et faire un examen des plus approfondis pour éviter toute chance d'erreur avec cet état physiologique, dont on devine les conséquences désastreuses : si c'est une grossesse normale avec suspension des règles, il y a peu de chances de se tromper, mais on sait que quelquefois les règles persistent et qu'on peut voir même de véritables hémorrhagies, par exemple s'il y a un placenta prœvia : il faudra alors éplucher à fond chaque signe, ramolissement du col, développement des seins (ce n'est pas un signe sûr, j'ai vu, dans un cas de tumeur de l'utérus, non seulement les seins se développer mais contenir du collostrum comme dans la grossesse la plus légitime), rechercher le ballottement fœtal (un fibrome très mobile peut le simuler), n'avoir aucune confiance dans le souffle utérin qui peut se voir dans le cas de fibrome ; si les battements du cœur du fœtus sont nettement perçus, il n'y a aucun doute, mais si on ne les entend pas ne pas en conclure pour cela seul au fibrome ; palper avec le plus grand soin la tumeur pour rechercher les extrémités fœtales, mais ne pas oublier qu'en cas d'hydramnios on peut ne pas les sentir, et qu'au contraire un fibrome mamelonné peut les simuler beaucoup ; n'attacher que peu d'importance aux mouvements fœtaux ressentis par la femme, tout le monde sait que beaucoup de phénomènes autres, contractions intestinales, mouvements passifs d'une tumeur, peuvent les simuler ; enfin, précepte impérieux, s'il y a le moindre doute de grossesse s'abstenir absolument de cathétériser l'utérus, pour ne pas provoquer une fausse couche. Des cas sont encore plus difficiles ce sont ceux, pas très rares, où il y a coexistence d'une grossesse et d'un fibrome. On voit qu'il y a en somme bien des signes qui, interrogés à fond, permettront le diagnostic entre le fibrome et la grossesse,mais il faut savoir aussi qu'il y a des cas où on est vraiment incapable d'une affirmation ferme, alors il faut tout simplement laisser passer neuf mois et la solution se présentera d'elle-même, d'autant qu'il est tout à fait exceptionnel que, dans ces cas prêtant au doute, il existe un accident impérieux vous forçant à l'opération immédiate. Le diagnostic avec la grossesse extra-utérine est parfois aussi assez délicat, si la tumeur fœtale est nettement séparée de l'utérus, pas de doute, mais si elle est accolée à la face postérieure de l'utérus, dans le douglas, le cas peut être embarrassant, surtout à cause des hémorrhagies que la grossesse extra-utérine donne souvent vers le troisième mois.

Le kyste de l'ovaire sera, en général, facile à éliminer, on sent la tumeur extérieure à l'utérus, les mouvements imprimés à la tumeur ne se communiquent pas au col, on observe rarement des hémorrhagies, le développement est beaucoup plus rapide, il y a habituellement une fluctuation franche, enfin la cavité utérine n'est pas augmentée de diamètre.

Une affection ressemble beaucoup au polype de l'utérus, c'est l'inversion utérine, même tumeur arrondie, lisse, se prolongeant par un pédicule à travers l'orifice du col sain ; même fermeté, mais saignant moins facilement. Seulement, si on fait le palper bi-manuel, dans le cas de polype on trouve le fond de l'utérus à sa place normale un peu au-dessus de la symphise, dans le cas d'inversion on ne trouve pas le fond de l'utérus et si les parois abdominales sont assez molles, on sent au contraire à sa place une sorte d'infandibulum se dirigeant du côté de la tumeur que l'on trouve dans le vagin.

Enfin si la malade vient nous trouver pour des troubles éloignés, sciatique, hydro ou pyonédes troubles éloignés, sciatique, hydro ou pyonéphrose, il suffira d'éplucher un peu le diagnostic pour reconnaître que ces troubles tiennent à une compression par fibrome.

On voit qu'en somme, sauf quelques cas rares, le diagnostic du fibrome utérin avec ou sans complications ne demande qu'un examen attentif et approfondi, et il nous mène tout droit à aborder maintenant le chapitre pratique de notre étude : quelles sont les indications opératoires dans les cas de fibrome?

Si je pose ainsi la question c'est un peu par respect pour les exposés traditionnels de nos classiques, car à mon avis la question devrait être posée : y a-t-il des contre-indications a l'opération ? Autrefois, l'opération du fibrome était vraiment grave, d'une part et d'autre part on le regardait comme une tumeur devant rester indéfiniment bénigne : aujourd'hui, au contraire, l'opération est bénigne, à moins que l'on ne laisse la tumeur atteindre des proportions monstrueuses, ou la malade s'affaiblir tellement par les hémorrhagies qu'elle n'ait plus aucune résistance, et l'on sait aussi par les travaux de Pillet et Coste que le fibrome peut un jour dégénérer en tumeur maligne, sans qu'aucun signe vous permette de prévoir que tel fibrome restera bénin et tel fibrome deviendra malin. On comprend que ces deux faits aient tout à fait retourné le problème et qu'au lieu de se dire : quels sont les fibromes qu'il faut opérer, on ait été conduit à se dire : y a-t-il des fibromes qu'il ne faut pas opérer ? Y a-t-il des contre-indications à l'opération du fibrome ?

Eh ! bien oui, il y a certaines contre-indications à l'opération des fibromes : les unes sont formelles, les autres relatives et enfin quelques-unes temporaires. Les contre-indications formelles sont fournies par une autre affection, indépendante du fibrome et mortelle par elle-même, ainsi il ne viendra à l'idée d'aucun chirurgien sensé d'opérer du fibrome utérin, une malade qui est une tuberculeuse avancée, qui a un cancer d'un autre organe ou qui a un diabète grave à moins dans ce dernier cas que ce diabète soit heureusement influencé par le traitement médical et que le fibrome ne détermine des complications pouvant aggraver la marche du diabète, telles qu'hémorrhagies profuses on compression des uretères, ce sont de ces cas si nombreux en médecine où on ne peut déterminer la conduite par une formule algébrique : telle affection, tel traitement, mais où il faut se laisser guider par son tact clinique. Comme exemple de contre-indication relative, je citerai celle-ci : un petit fibrome datant de longtemps sans grossir (quand on est sûr qu'il a été observé par un médecin expérimenté et soigneux) ne déterminant que peu ou pas d'hémorrhagie chez une femme approchant de la ménopause : là on est autorisé à attendre pour voir si la suppression des règles amènera non sa disparition, ça n'arrive jamais, mais un certain retrait et la suppression complète des hémorrhagies quoiqu'il faille bien savoir qu'on a beaucoup exagéré autrefois l'heureuse influence de la ménopause sur le développement des fibromes. Enfin, il y a des contre-indications temporaires, c'est-à-dire qui doivent faire surseoir à l'opération pour la faire plus tard dans de meilleures conditions : par exemple, on n'opérera pas un fibrome pendant une maladie aiguë intercurrente, mais on attendra naturellement qu'elle soit guérie, mais il est surtout un autre cas où il faudra attendre c'est quand la malade porteuse du fibrome se trouve enceinte, du moins si le fibrome se trouve situé de telle façon qu'il ne doive pas entraver l'accouchement. Si au contraire, il est inséré sur le pôle inférieur de l'utérus, ce pourra être au contraire une indication formelle d'opérer de suite si on pense pouvoir l'énucléer sans enlever l'utérus, il y aura alors beaucoup de chances pour que la grossesse suive son cours et que l'accouchement se fasse sans encombre ; si, au contraire on jugeait qu'on ne pourra pas enlever le fibrome sans l'utérus, il faut attendre le commencement du travail pour faire une césarienne, non une césarienne conservatrice, mais une césarienne suivie d'hystérectomie.

Voilà à mon avis les seules contre-indications à l'opération des fibromes, hors ces cas il faudra toujours se dire : « que petit fibrome deviendra grand si le chirurgien lui prête vie » et que c'est une tout autre opération que d'enlever un gros fibrome, qu'un petit. Pour tous les autres cas, l'opération est formellement indiquée, mais il est des cas où elle est tout à fait impérieuse, où on ne peut pas hésiter sans être gravement coupable, c'est en cas d'hémorrhagies abondantes, répétées, en cas de troubles de compression et en cas de fibrome grossissant rapidement où on doit songer à la possibilité d'une dégénérescence maligne.

Reste un dernier cas: faut-il opérer un fibrome s'accompagnant de troubles cardiaques ! c'est encore une question d'espèce, a-t-on des raisons de croire que les troubles cardiaques sont sous la dépendance du fibrome, c'est une indication de plus à l'opération ; pense-t-on au contraire, que les troubles cardiaques sont indépendants du fibrome, opérez s'ils sont légers, abstenez-vous s'ils sont graves.

REVUE D'OPHTALMOLOGIE

Traitement médical de la cataracte : prophylaxie et médication curative, par M. le docteur Terrien (Hôpital des Enfants-Malades).

Est-il possible par un traitement de prévenir ou d'enrayer dans sa marche la cataracte dite sénile, c'est-à-dire la cataracte apparaissant chez des sujets de 55 à 60 ans, mais sans aucune apparence de tare pathologique et ne paraissant déterminée par aucune affection générale.

La cause de la cataracte est encore bien peu connue, mais pourtant il semble bien qu'on puisse l'attribuer presque toujours à une origine toxique, et un traitement général dirigé dans ce sens ne pourra donc que prévenir son développement ou tout au moins retarder son évolution. Il y aura donc lieu chez tout sujet menacé de cataracte de recourir aux préparations iodées employées à l'intérieur et d'instituer un régime diététique sévère.

En outre, si nous admettons avec Scalinci que toutes les causes d'acidification organique, en modifiant la réaction du liquide ambiant où est plongée la lentille, qui normalement est à l'état d'alcali-protéine, puissent déterminer l'opacification de celle-ci par précipitation de ces protéines, il y aura lieu, en particulier chez les uricémiques, les oxaluriques et les diabétiques, d'instituer une hygiène rigoureuse. D'autant plus que chez ces derniers l'opération expose davantage à des complications que chez les sujets normaux. Aussi, lors de cataractes diabétiques, on attendra pour intervenir que la quantité de sucre ne soit pas trop considérable, surtout si l'albuminurie est liée à la glycosurie.

Enfin, chez les diabétiques, on recommandera le traitement de Vichy et de Carlsbad. Il ne faut pas oublier que Gerbault et Nettleship ont vu les cataractes diabétiques s'éclaircir sous l'influence de ce traitement et empirer de nouveau lorsqu'on le cessait.

De même, on a cherché dans la cataracte sénile à utiliser les propriétés résolutives de l'iode. Récemment, le professeur Badal, de Bordeaux, est revenu sur cette question et a recommandé l'usage des collyres et des bains iodurés.

On prescrira :

Iodure de potassium....	0 gr 25 centigr.
Eau distillée bouillie ...	10 grammes

Deux gouttes instillées matin et soir dans l'œil atteint.

Ou :

Iodure de potassium....	7 gr. 50
Eau distillée bouillie ...	300 grammes

En bains oculaires avec l'œillère, deux fois par jour, pendant une à deux minutes. On peut même prolonger ces bains, qui sont bien supportés par les malades, sans inconvénient pendant dix à quinze minutes.

Plus récemment, Verdereau a employé l'iodure de potassium en injections sous-conjonctivales à 2 p. 100, additionnées d'une solution d'acoïne au centième pour supprimer la douleur. Il a obtenu, grâce à elles, une action manifestement régressive sur l'opacification des fibres cristalliniennes.

Von Pflück a retiré de bons résultats de la formule suivante :

Eau distillée...........	10 grammes
Iodure de potassium....	0 gr. 20
Chlorure de sodium.....	0 gr. 20

On injecte un demi à un centimètre cube de cette solution, à laquelle on ajoute au moment de s'en servir une goutte d'acoïne. Les injections sont faites cinq jours par semaine et répétées pendant quatre semaines consécutives. Deux fois, l'auteur a vu, sous l'influence de cette médication, les opacités cristalliniennes diminuer et la vision s'améliorer.

Il faut attendre encore, pour se prononcer définitivement sur la valeur de la méthode, mais il s'agit, en somme, de tentatives intéressantes. Ce mode de traitement, qui dans tous les cas n'expose à aucun danger, pourra être essayé et M. Terrien recommande toujours les installations et les bains iodurés dans les cataractes commençantes. Il a cru quelquefois en retirer certains avantages.

REVUE DE BIOLOGIE

Variations du complément dans l'accès palustre.

M. Vincent a constaté, comme M. Cathoire, la déperdition partielle du pouvoir alexique au cours de l'accès. Mais cette diminution n'existe qu'au début, au stade frissons, en même temps que l'hyperleucocytose qu'il a signalée dès 1897. (*Soc. de Biol.*).

Diagnostic des infections par le phénomène de l'attachement des parasites aux globules blancs morts.

MM. Levaditi et Mutermilch apportent une série de faits montrant que le phénomène de l'attachement des trypanosomes sur les globules blancs, provoqué par le sérum des animaux trypanosomiés, peut servir au diagnostic des infections provoquées par ces trypanomoses. Ce phénomène est rigoureusement spécifique et a lieu quelle que soit l'espèce leucocytaire employée. Le fait, que les globules blancs morts et conservés depuis un temps plus ou moins long *in vitro* réalisent comme les leucocytes frais l'attachement, permet d'appliquer le procédé en pratique.

(*Soc. de Biol.*).

Fonction vocale du voile du palais et buées nasales, par M. J. Glover.

Les voyelles à l'état normal donnent des buées buccales sur toute l'étendue de chaque variété de voix. Dans AN, UN, ON, IN, les buées nasales diminuent d'importance vers l'aigu pour disparaître complètement sur les notes élevées chez le soprano. Le voile du palais subit donc une influence des variations de la tonalité laryngienne dans le jeu des organes de la formation verbale. Une voyelle ne peut être produite par le larynx seul. Pour appuyer ce fait expérimental, on peut invoquer comme preuve de physiologie pathologique la dissociation des troubles de la formation verbale (faisceau géniculé) dans la paralysie labio-glosso-laryngée, à côté des troubles de la fonction laryngienne et de la respiration vocale.

(*Soc. de Biol.*).

Conservation de la reproductivité du streptocoque du proteus vulgaris et de la bactéridie sur les charcuteries.

M. Maurel, après stérilisation de charcuteries, pâté, cervelas et saucisson, a déposé à leur surface des cultures pures de certains microbes, qu'il a pu ensuite reprendre vingt-quatre heures, et, parfois, plusieurs jours après et les cultiver avec succès sur gélose.

(*Soc. de biol.*).

Agglutination du micrococcus melitensis par les sérums normaux, par M. Nègre.

Les sérums normaux agglutinant fréquemment le micrococcus melitensis, il faut, pour éviter toute erreur : 1° n'employer, comme solution minima, qu'une solution au 1/50e; 2° chauffer une demi-heure à 56 degrés le sérum qui doit servir. (*Soc. de Biol.*).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Sur un Jugement récent

La presse politique a mené grand bruit autour de l'affaire du Dr Bazy et nos lecteurs connaissent le jugement regrettable qui vient de condamner notre maître aimé, le Dr Bazy, à 5.000 fr. de dommages et intérêts envers une malade dans le ventre de laquelle il aurait soit disant oublié deux compresses de 1 mètre de long sur 30 centimètres de large.

M. Bazy a fait bien entendu appel de ce jugement, et il a porté avec raison la question devant la Société de chirurgie dans ces termes :

« Je me permets de soumettre à votre discussion un fait extrêmement grave et qui me paraît toucher à deux points : un point d'ordre professionnel. Ce fait m'est personnel et je l'eusse gardé pour moi seul en en subissant toutes les conséquences, si injustifiées qu'elles m'apparaissent, si je n'avais la conscience très nette que l'exercice de notre profession ne soit désormais profondément compromis par lui.

Le fait d'abord. En novembre 1906, le 6 novembre exactement, j'ai opéré dans mon service de Beaujon une femme atteinte de kyste suppuré de l'ovaire, et qui se trouvait dans un état extrêmement grave. J'ai dû me contenter, devant sa situation précaire, devant les adhérences complètes de la poche aux organes voisins, d'ouvrir cette poche et d'en suturer les lèvres à la paroi abdominale. Cette malade éprouva de mon intervention un soulagement si complet qu'elle put, et voulut, malgré moi, quitter l'hôpital trois semaines environ après l'opération, n'ignorant pas qu'elle avait un kyste marsupialisé, c'est-à-dire communiquant avec l'extérieur et qu'elle avait, par conséquent, besoin de soins spéciaux que j'exigeai du reste. Or, un an après mon opération, en octobre 1907, je reçus chez moi la visite de son fils qui venait me prévenir « aimablement » — j'insiste sur le mot — que j'avais oublié deux compresses dans le ventre de sa mère. N'ayant pas prêté l'oreille à cette tentative — mettons d'arrangement amiable — je fus l'objet dans la presse politique d'une campagne acharnée dont peut-être, n'aurez-vous pas perdu le souvenir et qui prit de telles allures de scandale que je fus obligé d'y mettre un terme par une note rectificative. Cette campagne n'ayant encore pas suffi à me faire départir de mon attitude, l'affaire fut portée devant les tribunaux et, messieurs, je souligne ce fait spécialement inquiétant — avec d'autant plus de facilité que mes adversaires obtinrent l'assistance judiciaire, bien qu'ils me demandassent 50.000 francs de dommages-intérêts et que le président du bureau d'assistance m'ait dit que cette affaire suait le chantage. L'affaire a duré trois ans. Elle vient d'avoir sa solution; elle est éloquente dans sa simplicité. J'ai été reconnu responsable et condamné à 5.000 francs de dommages et intérêts, bien que — et certes ce détail a encore sa valeur — mon opérée soit encore vivante quatre ans après mon opération.

Voilà le fait, messieurs. Pour bien vous préciser la question, je vous ferai préalablement remarquer deux choses :

1° L'issue des compresses par l'anus eut lieu en dehors de tout témoin;

2° Le kyste étant marsupialisé et la malade étant sortie de l'hôpital, c'est-à-dire échappant à mon contrôle avant que la cicatrisation ne fût complètement obtenue, personne ne pouvait affirmer, ni prouver que c'était bien moi qui, au cours de l'opération, avais oublié dans le kyste les compresses incriminées et qu'elles n'y avaient pas été introduites secondairement.

Malgré ce doute, j'ai été impitoyablement condamné, et c'est sur moi seul que la responsabilité est retombée.

La question n'est pas seulement là, et c'est ici, messieurs, que, me plaçant non plus en face de magistrats bien excusables d'ignorer les mystères de la pathologie, mais en face de mes pairs, je viens — puisque par moi leur responsabilité à tous est engagée — leur demander, abordant cette fois le côté scientifique de la question :

Est- il possible scientifiquement, logiquement, que même en se plaçant dans l'hypothèse douteuse, extrêmement douteuse, que j'eusse au cours de mon opération oublié des compresses dans un kyste, ce kyste, qui d'après le dire même des experts était de nature maligne, ait pu soit spontanément par sa nature épithéliale, soit secondairement par la présence de compresses, s'ulcérer, ulcérer l'intestin, livrer passage à deux compresses de 1 mètre de long sur 30 centimètres de large (dimensions que je vous cite parce que mes adversaires ont longuement insisté sur elles et en ont fait la base

de leur argumentation], tout cela sans jamais avoir donné lieu à aucun phénomène de fistule stercorale, ce qui supposerait une cicatrisation immédiate, définitive et si radicale, que les experts eux-mêmes n'ont pu en découvrir les traces?

Voilà, messieurs, la question très précise que je vous pose et que je vous demande instamment de bien vouloir trancher. Pour moi, elle était depuis longtemps résolue. Mais il y a lieu de penser que mon opinion était erronée, puisqu'il s'est trouvé des juges pour admettre la possibilité, que j'ignorais, de semblables miracles et, se basant sur elle, me condamner.

Messieurs, le second point que je veux toucher devant vous est d'ordre professionnel et je ne me serais pas permis d'accaparer votre attention, si je n'étais persuadé qu'en dehors du préjudice que ce jugement me cause, il n'était désormais pour vous une menace littéralement effrayante et chaque jour suspendue sur vos têtes. Déjà je cueille dans le journal *Le Journal*, à la date du 25 novembre dernier, cette phrase qui pourra vous donner singulièrement à réfléchir :

« Le Tribunal s'est prononcé très nettement pour la responsabilité de l'opérateur, alors que jusqu'à aujourd'hui il avait, dans les procès de ce genre, toujours couvert les fautes professionnelles d'assistance du praticien. »

Ainsi donc, messieurs ce jugement constituerait un précédent qui, ouvrant la voie à toutes les tentatives de chantage, menacerait chaque jour votre indépendance professionnelle. Il sera l'occasion de créer une industrie nouvelle qui vivra à nos dépens, industrie d'autant plus attirante qu'elle sera plus sûre du succès, puisque l'expérience démontre que des juges peuvent condamner sans preuves, et qu'elle sera plus dépourvue de risques, puisque l'assistance judiciaire est, vous le voyez, accordée avec la plus extrême facilité. Vous pouvez croire que j'exagère. Eh bien! messieurs, pour vous prouver que mes craintes ne sont point chimériques et que cette industrie dont je vous parle n'est même plus à naître, qu'elle est née, voici l'assignation que, comme par hasard, j'ai reçue deux jours après l'issue de mon procès.

Elle émane d'un misérable individu qui vint me trouver parce qu'il avait le visage, le crâne et les mains entièrement tatoués et qu'il était chassé de partout, personne ne voulant le recevoir ainsi. Je fis de mon mieux. Le docteur Vignat me proposa d'employer l'air chaud pour le détatouage. Il détatoua ainsi d'abord la figure qui redevint présentable, puis une des mains, et le honhomme repartit. Il revint quelque temps après faisant de nouveau appel à ma charité et me suppliant de continuer ce que j'avais commencé. Le docteur Vignat entreprit de détatouer l'autre main. Une brûlure d'ailleurs toute superficielle et prévue en résulta. C'est cette brûlure qu'on me demande aujourd'hui de panser avec des dommages et intérêts. Je vous le répète donc, messieurs, la voie est maintenant targement ouverte et, si nous n'y prenons garde, l'exercice de notre profession va devenir impossible.

Le fait est grave pour vous tous, car ne croyez pas que votre situation, si privilégiée qu'elle soit et malgré l'autorité morale qui s'attache au titre de chirurgien des hôpitaux, puisse arrêter l'ardeur avide de ceux qui, non contents de vivre de et par votre charité, ne se priveront pas de vous exploiter, bien au contraire.

Le fait est d'autant plus grave pour vous que j'ai été condamné sur des faits non démontrés, et j'ajoute, en parlant avec toute ma conscience et toute ma loyauté, non démontrables.

Il est inutile que j'ajoute, en terminant, que non seulement dans mon propre intérêt, mais encore dans celui du corps des hôpitaux auquel j'ai le très grand honneur d'appartenir, je désire qu'il soit fait justice de cette condamnation injustifiée devant des juridictions plus élevées. Mais j'ai cru de mon devoir de vous avertir au préatable de ce qui peut vous menacer, et vous menace peut-être dès aujourd'hui, afin que vous puissiez prendre les mesures nécessaires qui s'imposent absolument. Vous avez le devoir impérieux de songer à ces mesnres, car elles intéressent, non seulement le corps des hôpitaux, mais encore le corps médical tout entier, comme en témoignent les nombreuses lettres de médecins qui de tous côtés me crient leur indignation et leurs alarmes.

Voilà pourquoi je vous pose, je vous le répète, deux questions, une question d'ordre scientifique, nne question d'ordre professionnel et que je vous demande de les résoudre toutes les deux.

Ces questions sont les suivantes :

1° Admettez-vous qu'un kyste végétant puisse, après avoir ulcéré l'intestin et permis le passage dans celle-ci de deux compresses de 1 mètre de long sur 30 centimètres de large, se cicatriser spontanément sans laisser de traces et avec une rapidité telle que la matade n'aurait jamais souffert de fistule stercorale ou même d'occlusion intestinale?

2° Ne serait-il pas urgent que la Société des chirurgiens des hôpitaux prît des mesures et, au besoin, s'entendît avec l'Administration, pour que l'exercice de la chirurgie soit désormais possible sans arrière-pensée? »

REVUE CLINIQUE

Inspection générale d'un dyspeptique, par le Dr L. Pron, Membre de la Société de Médecine de Paris (*Bul. Méd. de l'Algérie*).

Après avoir mis au point les symptômes subjectifs d'un dyspeptique et avoir ouvert une voie au diagnostic par un interrogatoire complet et bien conduit, il est nécessaire et indispensable d'examiner directement le malade et de procéder à son inspection générale, avant de passer à la palpation de l'abdomen.

1° *Etat de la nutrition et habitus.* — L'état d'embonpoint et le teint seront notés soigneusement, quoiqu'ils ne soient pas d'une importance absolue.

Si l'état général est bon, il y a de grandes probabilités pour qu'il ne s'agisse pas d'une affection sérieuse de l'estomac ou du tube digestif. Il n'est pourtant pas rare de rencontrer des malades qui tolèrent pendant assez longtemps une dilatation prononcée avec clapotage très tardif, sans rien perdre de leur poids; mais, s'ils ne se soignent pas d'une façon soutenue, un amaigrissement plus ou moins prononcé finit par les gagner.

De ce que l'état général est assez fortement tonché, il ne convient pas toujours de tirer une conclusion pessimiste. Les sujets nerveux, principalement les femmes à abdomen déséquilibré; les jeunes filles atteintes de sitophobie; les simples hyperchlorhydiques (ou hyperesthésiques de l'estomac) qui diminnent leur nourriture pour amoindrir leurs souffrances, accusent une diminution de poids très sensible, sans pour cela être atteints d'une affection pouvant compromettre leur existence; il en est de même des dilatés simples, c'est-à-dire des vieux dyspeptiques en général.

Par contre, lorsque le patient a subi une perte de poids *rapide*, résistant au repos et à un régime alimentaire bien conduit, on devra soupçonner l'existence d'une tumeur, les signes plus positifs ne devant venir que dans la suite. Des vomissements rares et abondants se produisant chez un malade amaigri *depuis des années* feront le plus souvent songer à une sténose cicatricielle du pylore; on devra toujours réserver ta possiblité de transformation en cancer.

En 1907, Stiller a décrit deux types d'habitus. dont l'un qu'il appelle « *habitus enteroptoticus oder atonicus* », est comme le reflet de l'état anatomique et fonctionnel de l'estomac et des autres viscères abdominaux. Il est caractérisé par la gracilité du squelette, le faible développement de la musculature, la finesse et la pâleur de la peau, un cou long et mince, une cage thoracique allongée avec diminution du diamètre sterno-vertébral, abaissement des côtes, petitesse de lenr angle à leur point de réunion sur l'épigastre et augmentation de la hauteur des espaces intercostaux. A ajouter à cela la dixième côte mobile et non flottante, comme on le dit souvent.

A ce type, auquel sont liés intimement l'atonie générale de tous les tissus, l'entéroptose et la dyspepsie dite nerveuse, Stiller oppose l' « *habitus apoplecticus seu emphysematosus* », dans lequel on rencontre un squelette et une musculature fortement développés, nn cou court et gros, un thorax large avec diamètre antéro-postérieur augmenté, un angle costal allant presque à 180°, l'étroitesse des espaces intercostaux et le peu de longueur de la distance ombilico-xiphoïdienne, alors qu'elle est exagérée dans l' « habitus atonicus ».

Cette dernière caractéristique comporte toutefois des exceptions, si je m'en rapporte aux mensurations que j'ai faites sur une cinquantaine de sujets (1).

Au point de vue dn squelette, à noter les nodosités de Bouchard, qui siègent au niveau de l'articulation de la première et de la seconde phalange et qui seraient en rapport avec une dilatation d'estomac; c'est là un signe qui est loin d'être absolu.

Coloration de la peau. — La teinte blafarde de la peau se rencontre chez les malades qui viennent d'avoir une hémorragie des voies digestives et la teinte jaunâtre, subictérique, chez les vieux dyspeptiques, dont le foie, subissant le contre-coup de l'estomac a fini par être plus ou moins touché. La peau est d'un jaune mat dans la cholémie de Gilbert; les troubles gastriques étant constants dans cette affection et pouvant occuper le premier plan des symptômes subjectifs, sous la forme de dyspepsie acide ou flatulente, il est important de les rattacher à leur véritable cause.

Indépendamment de la coloration de la peau, on prêtera attention aux éruptions diverses dont elle pourra être le siège et qui sont souvent l'expression d'un mauvais fonctionnement du tube digestif. (Acné, prurigo, etc.)

L'expression de la physionomie est toujours modifiée au moment des souffrances ou à certaines heures de la journée, pendant lesquelles se fait sentir le labeur de la digestion; elle indique le plus souvent la tristesse ou la dépression mentale.

Aspect de l'abdomen. — Le ventre est-il en équilibre ou tombe-t-il?

Il est indispensable d'examiner le patient dans la position verticale après l'avoir fait dans le décubitus dorsal; souvent l'abdomen semble être dans un état de tonus suffisant quand il est doublé d'une épaisse paroi et quand le patient est couché, alors que dans la position debout, il tombe franchement; ce phénomène coëxiste fréquemment avec un embonpoint suffisant ou exagéré et il est important de le constater, car le meilleur remède à opposer aux troubles dyspeptiques concomitants est une bonne sangle et non des médicaments; j'ai eu sonvent l'occasion de constater une guérison presque immédiate, par le port d'une ceinture

(1) Variation de la distance ombilico-costale pour l'appréciation des dimensions de l'estomac (*Revue Suisse de Médecine*, 16 juillet 1910).

appliquée bas, alors qu'un régime sévère ne donnait que peu de résultats.

A côté de ces abdomens assez replets il faut placer ceux qui sont complètement flasques, par amaigrissement, par atonie générale de tous les tissus et chez lesquels il n'y a presque plus de paroi; ils témoignent d'un état maladif ancien et d'un déséquilibre intérieur complet avec en tête la ptose de l'estomac, cet organe n'étant le plus souvent qu'une sorte de vessie inerte.

Un abdomen saillant dans sa partie sus-ombilicale révèle en général une distension de l'estomac par un excès d'aliments ou par une abondante production de gaz (à moins qu'il ne s'agisse d'aérophagie).

D'autres fois, on observe un retrait de la région épigastrique avec une distension ou une chute de la partie inférieure de l'abdomen; il s'agit alors d'une dislocation verticale de l'estomac; l'organe est étiré et son fond forme une poche sous-ombilicale (1). D'autres fois, l'estomac peu modifié dans sa forme ou ses dimensions est ptosé, en même temps que le diaphragme est abaissé.

Le ventre en bateau, c'est-à-dire excavé, se rencontre dans l'intolérance gastrique et l'inanition qui s'ensuit (2). Inversement, le ventre proéminent, hallonné, est la conséquence d'une abondance de gaz dans l'intestin ou d'un épanchement intrapéritonéal, qui peut être dû à une affection du foie, engendrant elle-même des troubles stomacaux.

La dilatation des veines sous-cutanées abdominales et thoraco-abdominales fera de même diriger les recherches du côté du foie. Il est pourtant bon de retenir que chez certains sujets, cette dilatation est complètement indépendante de toute manifestation hépatique et simplement la conséquence d'une atonie des parois veineuses.

En examinant obliquement la région sus-ombilicale et ombilicale, on aperçoit très fréquemment des battements synchrones de ceux du cœur; le plus souvent, il s'agit d'un phénomène des plus banal en rapport avec l'amaigrissement du sujet et l'état d'éréthisme du tronc cœliaque; d'autres fois, c'est un plastron cancéreux, qui transmet d'une façon visible les pulsations aortiques — ou un anévrisme sous-diaphragmatique.

Chez les sujets très amaigris et à paroi flasque, il arrive qu'on voit se dessiner sous la peau un léger relief, indiquant le bord inférieur de l'estomac et qui se déplace de haut en bas sous l'influence des mouvements respiratoires; on peut ainsi constater avec l'œil que l'estomac, dans la position couchée, a une direction horizontale (3).

Moins souvent, on pourra apercevoir les mouvements péristaltiques et antipéristaltiques, qui se rencontrent dans la sténose du pylore ou dans le simple état nerveux — ou le relief d'une tumeur.

Les hernies de la ligne blanche ou de la région inguinale peuvent amener des manifestations gastriques qui ne céderont qu'au port d'un bandage.

Examen du thorax. — Przewalski a signalé une particularité des espaces intercostaux, qu'il a constatée chez les sujets atteints de cancer de l'estomac.

Dans la période tardive, tous les espaces seraient rétrécis des deux côtés; dans la période initiale, le rétrécissement ne se rencontrerait que du côté droit. Przewalski considère ce phénomène comme étant dû à une contracture réflexe provoquée par le peumogastrique droit, qui innerve la région de l'estomac le plus souvent touchée par le cancer. Dans les néoplasies de l'œsophage, c'est à gauche qu'on trouverait cette contracture, au début.

Je ne saurais dire ce que vaut ce signe, qui, du reste, ressort davantage de la palpation que de l'inspection.

Examen de la cavité buccale. — Langue. — L'aspect de la langue a été regardé de tout temps comme un reflet fidèle du fonctionnement des voies digestives : une muqueuse rose et lisse répondant à l'état de santé; couverte d'un enduit plus ou moins épais et coloré, à l'état de maladie.

Mais, depuis quelques années, à la faveur d'examens histologiques, les opinions sur la valeur séméiologique de l'état de la langue sont loin d'être concordantes. Pour Riégel et Boas, il n'y a aucun parallélisme entre les affections de l'estomac et la langue sale ; Henóch, Elsner, Fuchs et d'autres pensent que l'enduit lingual est la conséquence d'un catarrhe buccal résultant d'irritations locales; d'après Dufourt, l'état de la langue n'est nullement en rapport avec l'état de l'estomac : dans le cancer gastrique, la langue conserverait souvent une netteté parfaite, dans l'hyperchlorhydrie, elle serait rosée.

Sans doute, dans un grand nombre d'états non gastriques, dans les affections du foie, les intoxications, les grandes pyrexies, etc., la langue est sale et les troubles gastriques ne sauraient avoir le monopole des saburres linguales, mais il me semble difficile de mettre en doute un seul instant et d'une façon générale, la relation existant entre l'estomac et la langue.

Chez presque tous les gastropathes, *quel qu'en soit le type*, on constate un enduit lingual, enduit qui ne disparaît que lentement, à mesure que les troubles gastriques s'amendent et contre lequel les purgations ne peuvent rien, car elles ne font qu'accroître la gastropathie.

A côté de la langue saburrale, on rencontre de temps en temps la langue rouge vif, douloureuse au contact des dents et du palais, qui est en rapport avec les vieilles dyspepsies, surtout avec la variété hyperchlorhydrique, qui s'accompagne de polydipsie et d'une sensation de brûlure à l'œsophage, à l'estomac et au côlon et qui témoigne d'une irritation ou d'une inflammation d'une grande partie du tube digestif.

Il faut aussi, pour juger les anomalies d'aspect de la langue, tenir compte du régime, des boissons et des médicaments ingérés; la diète lactée favorisant les saburres, par manque du frottement de la muqueuse contre les aliments solides, le bismuth amenant une coloration blanchâtre, puis noirâtre, etc...

La langue peut s'exfolier ou présenter par places des ulcérations superficielles.

Dents. — Il est banal de dire qu'à une mauvaise dentition correspond une mastication défectueuse, susceptible à elle seule de causer des troubles gastriques sérieux. Chez les dyspeptiques, les dents se recouvrent plus vite de tartre qu'à l'état normal et l'émail s'altère plus facilement.

Muqueuse bucco-pharyngienne. — Coutaret a décrit le *jaune palatin*, allant depuis la teinte ambrée jusqu'à la couleur canari la plus vive et limité au rebord du voile ou occupant tout le voile et même le palais; pour lui, toutes les fois qu'il y a jaune palatin, il y a dyspepsie et ce symptôme est pathognomonique d'une « lésion fonctionnelle » du foie qui est une des complications de la dyspepsie et du catarrhe gastrique.

Les gencives sont souvent saignantes. La *pharyngite granuleuse* avec ses dilatations capillaires et son semis de grains de mil, est en rapport fréquent avec une gastropathie ancienne et est peu modifiée par un traitement local.

A signaler aussi les aphtes apparaissant sur la voûte palatine, la face interne des joues et le plancher de la bouche et qui peuvent être conditionnés, dans certains cas, par un état gastrique chronique.

(1) On pourra peut-être traiter d'hérésie anatomique cette dénomination puisqu'on admet que la direction normale de l'estomac est verticale: examen aux rayons X dans la position debout, à jeun et après ingestion de bismuth. Quand on observe les patients dans le décubitus, on trouve presque toujours un estomac horizontal.

(2) La méningite tuberculeuse, la colique de plomb, etc., s'accompagnent de la même modification dans la forme de l'abdomen; il n'y a pas à les retenir à propos de gastropathies.

(3) La palpation de la grande courbure, possible chez les sujets maigres, confirme de façon absolue cette opinion.

CARNET DU PRATICIEN

Contre les folliculites récidivantes des narines et de la lèvre supérieure

Chez un malade atteint depuis quelques semaines de coryza récidivant avec pustulations péripilaires, le traitement de la rhinite est de toute nécessité:

α) Epiler à la pince tous les poils du vestibule des narines. Toucher leur point d'implantation avec un pinceau d'ouate hydrophile imbibée d'eau d'Alibour :

Eau distillée, camphrée, filtrée	150 grammes
Sulfate de zinc	3.50 centigr.
Sulfate de zinc	1 gramme
Safran	0.20 centigr.

β) Matin et soir, grand lavage intra-nasal avec :

Eau bouillie	1 litre
Acétate de plomb cristallisé	1 gramme
Sulfate de zinc	1 —

γ) Après cette irrigation, matin et soir, mettre gros comme un pois de la pommade suivante dans chaque narine, et aspirer fortement à plusieurs reprises :

Collargol	0.50 centigr.
Lanoline	5 grammes
Axonge benzoïné	5 —

ou encore:

Stovaïne	1 gramme
Acide borique en fines paillettes	0.50 centigr.
Lanoline	8 grammes
Vaseline	8 —

δ) Prendre de la levure de bière, à haute dose, 6 cuillerées à soupe par jour. Dr Darbois.

Diphtérie laryngée ou croup

Application de compresses chaudes sur le devant du cou, inhalation de vapeur d'eau, pour essayer de combattre l'élément spasmodique. Ne pas s'attarder à ces pratiques et à la première menace des phénomènes asphyxiques, pratiquer le *tubage* ou la *trachéotomie*.

Paralysie diphtérique. — L'injection de sérum antidiphtérique à haute dose constituent le seul traitement efficace.

Soutenir l'état général par une alimentation reconstituante ; si la déglutition est impossible, recourir à la sonde œsophagienne.

Agir sur le système nerveux par la strychnine en solution de sulfate de strychnine à la dose de 1/2 à 3 milligrammes suivant les âges et par doses fractionnées.

On stimulera le cœur par des injections de caféine, de spartéine.

Faire fonctionner artificiellement les membres paralysés par l'électricité (courant continu).

Frictions de la peau, sèches ou humides (alcool, térébenthine) ; bains sulfureux, bains salés, douches froides très courtes.

Contre les troubles oculaires, employer le collyre suivant :

Sulfate d'ésérine	0 gr. 10
Eau distillée	30 grammes

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 35.000 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 33, rue J.-J. Rousseau

Le Gérant : Docteur Lucien-Graux.

CHEMIN DE FER DU NORD

PARIS-NORD A LONDRES

(Viâ Calais ou Boulogne)

Cinq services rapides quotidiens dans chaque sens (VOIE LA PLUS RAPIDE)

Services officiels de la poste *(Viâ Calais)*

Services rapides entre Paris, la Belgique, la Hollande, l'Allemagne, la Russie, le Danemark, la Suède et la Norvège.

TRAINS DE LUXE

Toute l'année :

Nord-Express. — Tous les jours entre Paris (1 h. 50 soir) et Berlin. (A l'aller, ce train est en correspondance à Liège avec l'Ostende-Vienne.)

Le train partant de Paris le lundi continue sur Varsovie, et ceux partant les mercredi et samedi sur Saint-Pétersbourg.

Péninsulaire-Express. — Départ de Londres, le vendredi, et de Calais-Maritime le samedi à 1 h. 03 matin pour Turin, Alexandrie, Bologne, Brindisi, où il correspond avec le paquebot de la Malle de l'Inde.

Calais-Marseille-Bombay-Express. — Départ de Londres et Calais-Maritime (2 h. 55 soir) le jeudi pour Marseille, en correspondance avec les paquebots pour l'Egypte et les Indes.

Simplon-Express. — De Londres, Calais (3 h. soir et Paris Nord (6 h. 51 soir) pour Lausanne, Brigue et Milan. (3 fois par semaine en hiver, tous les jours en été.)

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

BILLETS D'ALLER ET RETOUR DE

PARIS AUX POINTS - FRONTIÈRE SUISSE

Délivrés conjointement

avec des Cartes d'abonnements généraux suisses

La gare de Paris délivre des billets d'aller et retour de 1re et 2e classes, valables 45 jours, pour Genève, les Verrières-frontière et Villers-frontière (sans réciprocité).

Ces billets qui sont émis au prix de 87 francs en 1re classe et de 64 francs en 2e classe, comportent la faculté d'aller de Paris en Suisse par l'un quelconque des points-frontière ci-dessus dénommés et de revenir, soit à P.-L. M par l'un quelconque de ces points, soit à Paris-Est par Delle-frontière ou par Bâle-Petit-Croix. Ils sont délivrés exclusivement aux voyageurs qui prennent, en même temps, une carte d'abonnement suisse de 15 30 ou 45 jours, valable sur les principaux chemins de fer et lignes de navigation suisses.

Les prix des abonnements généraux suisses sont les suivants :

Abonnement de 15 jours : 1re classe, 80 fr.; 2e classe, 55 fr., 3e classe, 40 fr.; abonnement de 30 jours; 1re classe, 120 fr., 2e classe, 85 fr.; 3e classe, 60 fr.; Abonnement de 45 jours : 1re classe, 160 fr.; 2e classe, 110 fr.; 3e classe, 0 francs.

En outre des prix ci-dessus, il doit être versé un dépôt de garantie de 5 francs qui est remboursé au moment de la restitution de la carte.

Pour plus de détails, consulter le Livret-Guide-Horaire P.-L.-M., en vente sur le réseau au prix de 0 fr. 50.

CHEMINS DE FER DE L'EST

Services les plus directs entre Paris, Wiesbaden Francfort-s-Mein, Coblence.

Paris, Wiesbaden, Francfort-s Mein, a. — Via Metz-Mayence

Aller : Paris-Est, départ 9 heures matin : 8 h. 37 soir. Retour : Francfort-s.-Mein, départ 7 h. 11 matin; 8 h. 24 soir.

Durée du trajet : 12 heures environ.

b. — Via Avricourt-Carlsruhe

Aller. — Paris-Est (Orient-Express), départ : 7 heures 20 soir.

Retour — Francfort-s.-Mein, départ 8 heures 10 soir. Durée du trajet 11 h. 1/2.

Paris, Coblence et Ems, par Metz-Trèves ou par Longwy-Luxembourg

Aller. — Paris-Est: départ, 8 h. 12 matin; 1 h. 5 soir; 9 h. 45 soir, via Luxembourg.

9 heures matin, 8 h. 37 soir via Metz.

Retour. — Ems, départ : 8 h. 04 matin; 10 h. 1 matin via Luxembourg.

7 h. 58 matin; 10 h. 12 matin; 7 h. 56 soir via Metz.

Durée du trajet de 10 h. 1/2 à 13 heures pour Coblence et de 11 h. 1/2 à 14 heures pour Ems.

CHEMINS DE FER PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

Relations entre Paris et l'Espagne

Train de luxe bi-hebdomadaire " Barcelone-Express", composé de wagons-lits et d'un restaurant. Nombre de places limité.

ALLER :

Les mercredis et samedis, au départ de Paris : Départ de Paris à 7 h. 30 soir ; arrivée à Barcelone à 2 h. 48 du soir (1).

RETOUR :

Les lundis et vendredis, au départ de Barcelone : Départ de Barcelone à 1 h. 50 soir (1); arrivée à Paris à 8 h. 55 matin.

(1) Heure de l'Europe occidentale.

VILLES DE SAISON

CE QUI SE PASSE

Banquet de la « France médico-thermale ».

Mardi soir, 10 janvier, a eu lieu dans un des salons du Restaurant Cardinal, le banquet de la « France Medico Thermale ».

Le docteur Cauvy (de Lamalou), directeur de ce journal, a remercié ses rédacteurs de leur collaboration. En développant le but poursuivi par cet organe, il a insisté sur l'importance qu'il y a, tant au point de vue médical qu'au point de vue national, à mettre en relief les ressources thérapeutiques si riches que variées de nos stations françaises trop souvent méconnues et qui pourtant ont dans beaucoup de cas une supériorité incontestable sur les stations étrangères.

ÉCHOS

Cours pratique sur la nutrition normale et pathologique. (Clinique, technique et diététique.)

MM. Marcel Labbé, agrégé, médecin des hôpitaux, et Henri Labbé, docteur ès-sciences, chef de laboratoire à la Faculté, commenceront le vendredi 3 février à quatre heures, à la Clinique médicale Laënnec (professeur Landouzy), un cours pratique sur la *nutrition normale et pathologique.*

Le cours aura lieu les lundi, mercredi, vendredi à quatre heures, et comportera 25 leçons.

Les élèves seront exercés individuellement, dans les salles et dans le laboratoire, aux diverses méthodes d'examen.

Programme du cours. — I. Nutrition, alimentation, digestion, assimilation, excrétion

II. Les gastrodyspeptiques, examen clinique des fonctions sécrétoires et motrices de l'estomac

III. Analyse du suc gastrique, repas d'épreuve, acidité, activité fermentative, pepsine, lab-ferment, etc.

IV. Les entérodyspeptiques, examen clinique des fonctions intestinales et pancréatiques.

V. Matières fécales, examen macroscopique et microscopique.

VI. Matières fécales, examen chimique, réaction, extrait, azote total

VII. Matières fécales, examen chimique, graisses, hydrates de carbone, pigments biliaires, stercobiline, sang.

VIII. Analyse des urines, azote total, coefficient d'absorption intestinale.

IX. Dosage de l'urée, rapport azoturique.

X. Composés ammoniacaux urinaires, polypeptides, acides aminés, phénols, indican, dosage et valeurs séméiologique.

XI. Soufre urinaire, sulfates, sulfo-éthers, dosage et séméiologie.

XII. Les goutteux, lithiasiques et migraineux, pathogénie et diététique de l'uricémie.

XIII. Dosage des purines et de l'acide urique, oxalurie

XIV. Les albuminuriques, œdèmes, échanges chlorurés.

XV. Recherche et dosage des albumines urinaires, sérine, globuline, nucléo-albumines.

XVI. Recherche et dosage des albumines urinaires, albumines acéto-solubles, albumoses, fibrine, albumines d'origine alimentaire.

XVII. Echanges minéraux, chlorures, phosphates, chaux urinaire.

XVIII. Les diabétiques, pathogénie, évolution et thérapeutique du syndrome d'hyperglycémie.

XIX. Diagnose et dosage des sucres urinaires, glycose. lévulose. lactose, pentoses.

XX. Coma diabétique, vomissements acétoniques, pathogénie et traitement de l'acidose sanguine.

XXI. Facteurs de l'acidose, diagnose et dosage, acides oxybutyrique, diacétique, glycuronique, acétone, alcaptone. Les excrétions indosées des diabétiques.

XXII. Les obèses, pathogénie, formes et traitement de l'obésité.

XXIII Les syndromes hépatiques, ictères, insuffisance hépatique.

XXIV. Pigments de l'urine, bilirubine, urobiline, pigment rouge brun, etc.

XXV. Interprétation clinique des analyses d'urines, régime d'épreuve.

Le montant du droit à verser est de 100 francs.

Sont admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants pourvus de 16 inscriptions immatriculés à la Faculté sur la présentation de la quittance du versement dû.

Les bulletins de versement relatifs au cours sont délivrés, dès à présent, jusqu'au 13 février, au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

REVUE FINANCIÈRE

La Bourse se maintient au calme, la hausse se trouve arrêtée par les réalisations des acheteurs en plus-value. Le gros intérêt de la semaine a été la hausse des chemins de fer français sur la nouvelle de la constitution par M. André Lebon, ancien ministre, d'un syndicat des actionnaires et des obligataires des chemins de fer. Le Nord qui valait 1.640 en pleine grève était tombé à 1.525. Le voici remonté à 1.560 en quelques séances. Le Lyon est à 1.192, l'Orléans à 1.319 et le Midi à 1.064.

La Rente 3 0/0 finit à 97.42 à terme et à 97,30 au comptant.

Dans le groupe des Fonds Russes, le 5 0/0 est résistant, à 105,80; mais les autres fonds sont plus bas, le 4 1/2 0/0 à 102, le 4 0/0 des première et deuxième séries à 97.20, le 4 0/0 1901 à 97,40, le 3 0/0 1891 à 84 et le 3 0/0 1896 à 83.80. L'Extérieure d'Espagne est à 94.35. Le Turc Unifié reste soutenu à 94,40, et aussi le 4 0/0 Serbe, à 88.17.

Parmi les valeurs de crédit, la Banque de Paris a fait 1.840 au plus bas pour finir à 1.850. Le Crédit Foncier est à 810. Le Comptoir d'Escompte est stationnaire à 957. Le Crédit Lyonnais a fait 1.497 et a touché 1.500. Le Crédit Mobilier est à 710 en clôture. La Banque de l'Union Parisienne reste bien tenu à 1.444 et à 1.150.

Le Suez fait très bonne contenance, à 5.510. Les Omnibus sont lourds à 637 les actions nouvelles, et à 315 celles de jouissance. La Tomson-Houston a fléchi à 812. Le Rio Tinto fait 1.755. La Sosnowice finit à 1.449 La Briansk a fléchi à 396, puis s'est relevée à 401 en clôture.

Sur le marché en banque, les mines d'or, fermes au début, se tassent un peu en clôture: la Goldfields est à 149,50, l'East Rand à 132 et la Rand Mines 219. La De Beers ordinaire reste à 470,50 La Cape Copper se tasse à 172, et aussi la Tharsis à 143.

Un mouvement parait se dessiner sur les Motor Cab qui ne sont pas chers à 66,50 et qui verront certainement des cours meilleurs. Le revenu de 7 francs par an est avantageux et le portefeuille achète.

A. S. WEILL.

82e Année (Série XIIIe) — N° 79 Le Numéro : 25 Centimes Mercredi 1er Février 1911

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

Abonnements et Vente au Numéro
Librairie Médicale J. ROUSSET
1, Rue Casimir-Delavigne
PARIS

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale 15 fr.
Edition Espagnole 10 fr.
Edition Portugaise 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —

CHANTEMESSE, Professeur d'Hygiène à la Faculté de Paris, Membre de l'Académie de Médecine
LANDOUZY, Doyen de la Faculté, Prof. de Clin. Médicale, Membre de l'Académie de Médecine
RECLUS, Professeur de Clinique chirurgicale, Membre de l'Académie de Médecine
RICHET, Professeur de Physiologie à la Faculté de Paris, Membre de l'Académie de Médecine
ALBERT ROBIN, Professeur de Clinique Thérapeutique, Membre de l'Académie de Médecine
BALZER, Médecin de l'Hôp. St-Louis, Memb. de l'Acad. de Méd.
BAZY, Chirurgien de l'Hôpital Beaujon
BEURNIER, Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis
CHASSEVANT, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
VAQUEZ, Professeur agrégé, Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine
DESGREZ, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
MARIE, Médecin en chef de l'Hospice de Villejuif
MONPROFIT, Professeur à l'Ecole de Médecine d'Angers
MOUREU, Prof. à l'Ecole sup. de Pharmacie, Membre de l'Académie de Médecine

DIRECTION & RÉDACTION
11 bis, Rue Villebois-Mareuil, PARIS
DIRECTEUR :
Dr LUCIEN GRAUX
Lauréat de l'Institut

Ancienne Gazette de Santé
(139e Année)

Hors concours, Membre du Jury
Exposition franco-britannique 1908
Vice-Prés. Expos. Bruxelles Cl. 16

ÉCHOS

Distinctions honorifiques

Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. le docteur Routier (de Paris).

Au grade de chevalier : MM. les docteurs Malteste (de Ruffec) et Yver (de Flers), Imbert, à Castellane; M. le docteur Carnot, médecin des hôpitaux de Paris; M. le docteur Fauqué, conseiller général du Gers, maire de Mauvezin; M. le Docteur Mossel, ancien conseiller général des Hautes-Pyrénées, ancien maire de Trie; M. Prouvost, médecin-major des troupes coloniales.

Concours de la Médaille d'or

Médecine. — Le jury est définitivement composé de MM. Lœper, Hallé, Aviragnet, Chantemesse, Jeanselme.

Chirurgie et accouchements. — Le jury est définitivement composé de MM. Monod, Auvray, Campenon, Mauclaire et Pinard.

Groupe médical parlementaire

Le groupe médical vient de se réunir et a nommé :

Président : docteur Labbé, sénateur; vice-président : Launelongue, sénateur; Dubuisson, député; secrétaires : Pedebidou, E. Raymond, sénateurs; Lachand, Laurent, députés.

Questeur : Devins, député.

Le groupe compte : 59 médecins députés, 37 médecins sénateurs.

Le groupe a décidé de nommer trois sous-commissions :

1° Sous-commission de la réforme de l'enseignement;

2° Sous-commission de défense des intérêts professionnels;

3° Sous-commission d'action parlementaire de médecine et hygiène sociale.

Le groupe sera réuni d'office tous les 3es mardis de chaque mois, alternativement au Sénat et à la Chambre, à 2 heures du soir.

Il a, dans sa dernière réunion, entendu le docteur Laurent qui a exposé au groupe la façon dont il entend développer son interpellation sur la nécessité de réformer l'enseignement médical en France.

Le budget de l'Assistance publique pour 1911

Il s'élève à 81.134.184 francs. Sur cette somme, la Ville de Paris payera 25.216.950 francs.



Plomb de Garantie
breveté
S.G.D.G.
NOUVEAUX PLOMBS DE GARANTIE



MUSCULOSINE
BYLA
LE FLACON
LE ½ FLACON
PLASMA MUSCULAIRE
AU MAXIMUM DE PURETÉ
CONTROLÉES

ÉCHOS

L'Orchestre médical.

L'Orchestre médical organise une grande soirée artistique, à la salle Gaveau, rue de La Boétie, pour le 2 février, au bénéfice de la Maison du Médecin.

La Maison du Médecin, qui vient d'ouvrir ses portes à Brezolles, dans l'Eure-et-Loir, est heureuse du précieux concours que lui apporte l'Orchestre Médical.

La soirée du 2 février présentera ce caractère unique que le programme sera entièrement exécuté par des médecins, ou des membres de la famille médicale.

L'orchestre comprendra 80 exécutants, tous médecins, sous la direction de M. Busser, chef d'orchestre à l'Opéra.

Mlle Daumas, de l'Opéra, fille du Dr Daumas; Mme Vaucaire, femme du Dr Vaucaire; M. le Dr Coville, interpréteront des mélodies de Grieg, Schumann, Franck, etc., des airs d'opéras accompagnés à l'orchestre ou à l'orgue; celui-ci sera tenu par Mme Chéron, femme du Dr Chéron. Une délicieuse harpiste, Mlle Laskine, premier prix du Conservatoire, fille de notre confrère, fera également applaudir son joli talent.

Le Dr Paul Mounet, de la Comédie-Française, dira un à-propos composé spécialement par le Dr Montoya, et celui-ci interprétera une pièce d'ombres, dont il est l'auteur.

Enfin, un intermède de micro-cinématographie médicale préparé par les docteurs Kolbe et Comandon, fera défiler ses films les plus curieux sur la microbiologie.

Le programme sera illustré par le Dr Colin.

Le prix des billets est de 10 fr., 5 fr., 3 fr. et 1 fr. On peut retenir ses places, soit salle Gaveau, soit à la « Maison du Médecin », 32, rue Notre-Dame-des-Victoires.

La gratuité de la pension à l'école de Lyon

Le ministre de la Guerre a pris l'initiative d'un projet de loi ayant pour but d'assurer la gratuité de la pension dans les écoles militaires : Polytechnique, Saint-Cyr, Lyon.

Le Ministre, dans son rapport, fait remarquer que le régime actuel favorise les jeunes gens fortunés au détriment des autres, ce qui est en contradiction avec les aspirations démocratiques du pays, d'autant qu'il s'agit, dans ces écoles, de former des jeunes gens destinés aux services de l'Etat.

Stage hospitalier

Le choix des services hospitaliers pour la période comprise entre le 1er mars et le 30 juin 1911, aura lieu les mardi 14, mercredi 15, jeudi 16 février 1911, à 8 heures du matin, dans le petit amphithéâtre de la Faculté.

MM. les élèves seront appelés à choisir par lettre de convocation individuelle.

Avis aux confrères

Le Syndicat médical de Cambrai et de la région de Cambrai engage tout confrère qui serait sollicité de s'installer à Quiévy (Nord) de se renseigner d'abord auprès du président du Syndicat, le docteur Bombart, à Solesmes (Nord).

Bureau d'hygiène d'Auxerre

La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène de la ville d'Auxerre (Yonne) est déclarée ouverte dans les conditions résultant de l'arrêté du maire en date du 7 mai 1909. Le traitement alloué est fixé à 4.500 francs.

Les candidats ont un délai, expirant le 2 février 1911, pour adresser au ministre de l'Intérieur leurs demandes accompagnées de tous titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures. Cette candidature s'applique exclusivement au poste envisagé.

A la demande doit être jointe une copie certifiée conforme des diplômes obtenus; l'exposé des titres doit être aussi détaillé que possible et accompagné d'un exemplaire des ouvrages ou articles publiés. Les candidats peuvent, en outre, demander à être entendus par la commission du Conseil supérieur d'hygiène.

Société des Chirurgiens de Paris

Bureau de 1911 : Président, M. Péraire; vice-président, M. Verchère; secrétaire général, M. Ozenne; secrétaires des séances, MM. Delaunay (V.) et Rigollot-Simonnot; trésorier, M. Delbet (Paul) : archiviste, M. Monnier.

Académie Royale de Médecine de Belgique

M. Van Cauwenberghe est nommé président pour 1911 en remplacement de M. Debaisieux, président sortant.

Sont élus membres honoraires étrangers : MM. Ramon y Cájal (de Madrid) et J. Loeb (de New-York).

Correspondant étranger : M. A. Bier (de Berlin).

Mort héroïque d'un médecin français

Invité par les autorités chinoises à aller combattre la peste à Foudziadian, le docteur Mesny, qui dirigeait l'école de médecine chinoise de Tien-Tsin, où il était professeur, s'était consacré à cette tâche avec une complète abnégation. La fatalité voulut que la contagion l'atteignit dès le premier jour. Ayant diagnostiqué la maladie sur lui-même, le docteur Mesny fit preuve d'une admirable maîtrise de soi. Afin de ne pas exposer la vie de ses collègues, il demanda lui-même une voiture, sortit de sa chambre après s'être enveloppé dans un drap imbibé d'une solution de sublimé, et se rendit au baraquement des pestiférés.

Arrivé au baraquement, le docteur Mesny déclara qu'il serait mort dans deux jours, et demanda qu'on avisât sa famille de son décès.

Les médecins russes firent l'impossible pour sauver leur confrère; mais lui, toujours soucieux de ne pas transmettre la maladie, ne souffrait même pas qu'on prît sa température.

Institut de puériculture.

Le Conseil général a voté récemment la création d'un Institut de puériculture, centre de vulgarisation et d'études pour tout ce qui concerne l'hygiène infantile en général et l'allaitement en particulier.

Cet Institut, dirigé par le Dr Variot, aura son siège aux Enfants-Assistés.

Hôpital Boucicaut.

Sur la proposition de M. Mossot, le Conseil municipal de Paris vient de décider d'accorder à l'Assistance publique un crédit de 5.000 francs pour installer à l'hôpital Boucicaut, dans le service de M. Letulle, un matériel destiné au traitement de la tuberculose.

Comité Consultatif de l'Enseignement public

M. Henri Gautier, directeur de l'Ecole supérieure de pharmacie de l'Université de Paris et M. Guignard, professeur à l'Ecole supérieure de pharmacie de l'Université de Paris et directeur honoraire de ladite Ecole sont nommés membres du Comité consultatif de l'enseignement public (1re section).

Ils siégeront en cette qualité, à la Commission de médecine et de pharmacie.

Exercice de la médecine dans les communes frontières de la France et de Belgique.

Le *Journal officiel* vient de publier la convention signée le 25 octobre 1910, pour régler l'exercice de la médecine dans les communes frontières de la France et de la Belgique.

DE LA VALEUR COMPARATIVE
de certaines réactions microchimiques
DANS LA RECHERCHE DU SANG ET DU SPERME

Par le Dr F. DERVIEUX
Médecin expert près le Tribunal de la Seine,
Préparateur de médecine légale à la Faculté.

On décrit encore dans tous les traités classiques un certain nombre de réactions dites « réactions d'orientation » dans les recherches du sang et du sperme. Ce sont, pour le sang, les réactions de Van Deen et de Meyer; pour le sperme, celles de Florence et Barberio.

La valeur positive de ces diverses réactions a maintes fois été étudiée au cours de ces dernières années et tous les expérimentateurs paraissent s'être mis d'accord pour estimer que ces réactions sont pour le moins infidèles. Elles n'impliquent nullement, comme on l'a cru longtemps, la probabilité de l'existence du sang ou du sperme, et mes recherches m'ont amené à dire qu'un résultat positif ne permet de conclure qu'à la *possibilité* de la présence du sang ou du sperme.

Cependant, on dit couramment et on enseigne encore que ces réactions, si elles n'ont plus de valeur quand elles sont positives, donnent une indication précise quand elles sont négatives.

Je pense que ces réactions ont encore moins de valeur négative que de valeur positive.

En effet, quand elles sont positives, on n'en reste pas là et l'on continue les recherches au moyen des épreuves de certitude.

Pour le sang, les réactions spectroscopiques, les réactions microcristallographiques, etc., sont un critérium : elles sont positives s'il y a du sang, négatives s'il n'y en a pas. Peu importe, par conséquent, que la réaction au gaïac et à la térébenthine ait été positive; elle a donné une indication, et c'est tout ce qu'on pouvait attendre d'elle.

Quand, au contraire, la réaction de Van Deen a été négative, toutes les erreurs son à craindre, et, plus particulièrement, l'erreur primordiale qui consisterait à dire que la réaction ne se produisant pas, c'est qu'il n'existe pas de sang. Si l'expérimentateur se borne à cette réaction et s'il se croit autorisé à conclure l'absence du sang du fait de l'absence de la réaction, il risque fort de se tromper. J'ai vu bien des fois le gaïac et la térébenthine ne donner aucune réaction en présence de taches de sang, surtout quand celles-ci sont anciennes.

De toute façon, par conséquent, que la réaction de Van Deen soit positive ou qu'elle soit négative, il importe de continuer les recherches. Il devient donc inutile de tenter cette réaction et j'en conseillerais l'abandon complet si on ne pouvait l'utiliser pour localiser par exemple des taches de sang sur une étoffe noire dont a pris soigneusement l'empreinte.

La réaction de Meyer me semble infiniment plus dangereuse que la réaction de Van Deen, non seulement parce qu'elle offre les mêmes inconvénients, mais encore parce que sa sensibilité dépasse les limites d'une réaction purement élective du sang.

Les réactions du sperme sont tout autant sujettes à caution. La réaction de Florence et la réaction de Barberio ne se produisent pas toujours même avec des taches certaines de sperme. Ce n'est pas le moment de rechercher sous quelles influences; il nous suffit d'avoir maintes fois constaté le fait. Si j'insiste sur ce point, c'est parce que j'ai eu sous les yeux un rapport dans lequel un expert, cependant fort instruit, n'ayant pas obtenu la réaction de Florence avec des taches qui se trouvaient sur une chemise de fillette, avait conclu, sans chercher plus loin, que ces taches n'étaient pas constituées par du sperme.

Il ressort de ces constatations que les réactions du sang — Van Deen et Meyer — et les réactions du sperme — Florence et Barberio — sont à ce point de vue absolument comparables. Si elles sont positives, on n'en peut rien conclure; si elles sont négatives, on n'en peut davantage rien conclure.

Il parait, par conséquent, indispensable de ne leur accorder aucune valeur, ni positive, ni négative et de ne les conserver uniquement que comme des réactions d'indication, ou mieux encore comme des réactions de *possibilité* et non plus de probabilité, comme on le fait jusqu'à présent.

Je profite de cette occasion pour signaler incidemment que certaines personnes étrangères à la médecine légale se croient autorisées à accepter les expertises de sang et de sperme. Il ne saurait s'agir désormais de chimie; les réactions du sang et du sperme ne sont plus simplement des réactions colorées ou des réactions microcristallographiques. Depuis que les sérums sont entrés dans la pratique courante, il s'agit de réactions biologiques qui, me semble-t-il, devraient être exclusivement confiées à des médecins ou à des savants connus pour leurs compétences spéciales dans les questions techniques qui touchent à la médecine légale, ces seules personnes étant autorisées à les tenter et à les interpréter.

L'Hygiène scolaire

Par J. GAURON

Les questions d'hygiène scolaire ont pris ces dernières années, une part importante dans les préoccupations de l'opinion. Un véritable mouvement a été créé, qui s'inspire d'une double considération : veiller à l'hygiène des enfants et leur assurer dans un pays à faible natalité, une protection nécessaire ; profiter du passage des enfants à l'école, pour les initier aux notions d'hygiène indispensables.

De grands efforts ont été réalisés, et une bonne part en revient aux Congrès spéciaux qui se sont tenus ces dernières années, notamment à Londres et à Paris. Spécialisées dans l'étude de ces questions, ces réunions périodiques ont permis de mieux grouper les initiatives dispersées et de mieux dégager les lois essentielles des différentes branches de l'hygiène scolaire.

Tour à tour on a pu étudier les questions relatives :

1° A la construction des écoles;
2° A l'enseignement de l'hygiène;
3° A l'établissement d'une fiche sanitaire;
4° A l'inspection médicale des écoles, etc.

Des résultats ont déjà été obtenus, la Commission de la Tuberculose, qui siège au Ministère de l'Intérieur, a élaboré récemment un projet d'organisation du service de l'Inspection médicale, un projet de loi dans ce sens a été déposé au Parlement. A Paris, sur le rapport de M. le Dr Guibert, le Conseil municipal de Paris a décidé de compléter l'organisation de ce service, un concours ouvert à cet effet vient de se terminer, et près de 100 médecins ne tarderont pas à être nommés.

D'autre part, l'emprunt de 900 millions, récemment autorisé, a réservé une somme importante à la construction de nouvelles écoles, en même temps que, par des acquisitions d'immeubles voisins, on pourra donner « un peu d'air » aux écoles devenues trop étroites pour le nombre des élèves.

Si nous examinons ce qui a été fait en province, nous trouvons dans les Rapports généraux sur les travaux des Conseils départementaux d'hygiène, des indications qui trahissent d'égales préoccupations.

Dans l'Aube, le Dr Gauthier demande la désinfection annuelle des livres, pour éviter la propagation des maladies contagieuses. Cette question a été traitée il y a trois mois par M. le Dr Weill-Mantou à la Commission de la Tuberculose; le Dr Guibal, dans la Seine-Inférieure, recherche le meilleur mode de balayage des classes; le Dr Micault étudie le rôle et l'influence de l'écriture, et recherche les moyens d'éviter les déviations de la colonne vertébrale, et les cas de myopie dus si souvent à des attitudes vicieuses. Ce sont là autant de faits intéressants qui témoignent d'un effort unanime.

Mais nous avons dit que le deuxième résultat recherché consiste à profiter du passage de l'enfant à l'école pour l'initier aux notions d'hygiène indispensables. C'est qu'en effet, pour peu que l'on soit familiarisé avec ces questions et qui, aujourd'hui, ne veut les connaître? On ne tarde pas à s'apercevoir que l'hygiène est une question de persuasion. Il ne sert à rien de multiplier les lois si elles doivent se borner à grossir nos Codes; ce qu'il importe, c'est que tous aient une notion très complète de l'intérêt qu'il y a pour eux à respecter les lois d'hygiène et à bien connaître la solidarité étroite qui unit à cet égard tous les citoyens d'un même pays, et même des pays voisins.

Or, où l'ouvrier dégagera-t-il ces notions si elles ne lui ont pas été enseignées dans les écoles ?

Comment connaîtra-t-il les conditions de l'habitation salubre ? les dangers de l'atelier éclairé artificiellement et que ne baigne jamais la lumière solaire? Comment saura-t-il les dangers de l'alcool ?

Puis, qui ne sait le rôle énorme que joue l'habitude dans nos actes journaliers; l'habitude de la propreté, de l'hygiène, n'est-ce pas à l'école qu'elle doit naître ?

Tout l'effort doit donc porter de ce côté, et c'est, nous semble-t-il, le vœu pour demain.

Pleurésies sèches avec Dysphagie douloureuse

Par M. le Dr Ch. MANTOUX

La dysphagie par compression de l'œsophage est un symptôme depuis longtemps décrit au cours des pleurésies avec grand épanchement. Mais nous ne croyons pas que l'on ait jusqu'alors signalé les phénomènes de dysphagie douloureuse qui peuvent se présenter avec des coïncidences de pleurésie sèche.

En voici un exemple typique :

Observation. — M. L..., trente-huit ans,

sujet très vigoureux, n'a eu comme antécédents morbides qu'un rhumatisme localisé à l'épaule droite, à l'âge de vingt-deux ans, et une névralgie intercostale à trente-six ans. Le 11 mars 1910, à la suite d'un coup de froid, il ressent une douleur assez vive à la région prêthoracique. En même temps, la déglutition devient très douloureuse : la douleur apparaît quelques secondes après l'ingestion des aliments; c'est une sensation d'arrêt, de morceaux trop gros, de déchirement intérieur; pour en designer le siège, le malade montre la région moyenne du sternum. Puis « ça finit par entrer comme si on le poussait avec le doigt », et la douleur cesse jusqu'à ce qu'une autre bouchée vienne à nouveau la provoquer. La déglutition des liquides est moins pénible que celle des solides. Au bout de deux jours, la douleur s'atténue et disparaît.

Comme signes physiques, on trouve, des deux côtés du sternum, surtout au niveau des troisièmes espaces intercostaux, sur une largeur de deux travers de doigt, de fins frottements très superficiels, ayant tous les caractères de frottements de la pleurésie sèche. A leur niveau, la pression du doigt est douloureuse.

Douleur au second temps de la déglutition coïncidant avec une poussée de pleurésie sèche, voilà donc le syndrome très simple présenté par notre malade.

Cette association doit être fréquente, car nous l'avons, en quelques mois, rencontrée quatre fois. Deux de nos malades etaient des tuberculeux avérés; chez un autre, des poussées subintrantes de pleurésie sèche, avec fièvre, constituant tout le tableau morbide, et se trouvaient aussi, selon toute vraisemblance, en relation avec l'infection bacillaire.

La dysphagie douloureuse ne dure, en général, que quelques jours ; une de nos malades en a souffert, pendant plusieurs mois, d'une façon très pénible. Il est assez difficile d'agir sur elle : l'application de fines pointes de feu à la région presternale a paru soulager un de nos malades.

Quant à sa pathogénie, il nous semble légitime de la rapporter à l'existence d'un foyer de pleurésie sèche médiastinale justa-œsophagienne; le bol alimentaire, passant à son niveau, réveillerait la douleur en appliquant sur la plèvre enflammée la paroi de l'œsophage : il y aurait là l'analogue de la douleur, à la pression du doigt qui est une des caractéristiques de la pleurite sèche pariétale. Ce n'est, sans doute, qu'une hypothèse : mais nous n'en voyons pas d'autre qui puisse expliquer l'association de la dysphagie douloureuse avec la pleurésie sèche.

SOCIÉTÉ ANATOMO-CLINIQUE DE BORDEAUX

La Société d'Anatomie et de Physiologie normales et pathologiques de Bordeaux, qui compte trente années d'existence, a décidé de prendre, à l'avenir, le titre de Société Anatomo-Clinique mieux appropriée au caractère de ses travaux.

Le bureau pour 1911 est ainsi constitué : président, docteur Anglade; vice-présidents, docteurs Princetean et Verger; secrétaire général, docteur Philip; secrétaire général adjoint, docteur Charbonnel; trésorier, docteur Fromaget; secrétaires des séances, MM. Soum et Brau-Tapie; conservateur des collections, docteur Lafitte-Dupont; conseil d'administration, docteurs Bitot, Cruchet, M. Dal périé.

CLINIQUE HYDROLOGIQUE

Indications thérapeutiques de La Bourboule

Par le Dr Pierre MAUREL

Ancien interne des Hôpitaux de Paris, Médecin consultant à La Bourboule

D'une façon générale, les indications de la Bourboule correspondent aux indications de la médication arsenicale.

Mais si l'on veut entrer dans le détail, on pourrait établir les indications sommaires suivantes :

DERMATOSES

Dans le traitement des dermatoses, il y a lieu de traiter l'éruption et la cause. La Bourboule répond souvent à ces deux indications. C'est pourquoi les dermatoses y ont été traitées dès les débuts de la station. La cure leur a presque toujours été favorable, soit en obtenant la guérison, soit en aidant à l'action des autres traitements, soit en éloignant ou prévenant les récidives.

Pour les indications particulières. voici la sélection que l'on pourrait faire :

Eczéma. — Eczéma des lymphatiques, des scrofuleux — eczéma torpide, chronique, indolent — eczéma des neuro-arthritiques, eczéma sec chronique ou subaigu, prurigineux — eczéma dysidrosique, eczéma lichénoïde, éruptions séborrhéiques ou pityriasiques.

Parmi les *affections squameuses* : psoriasis surtout dans les formes torpides, au déclin des poussées, chez les neuro-arthritiques, les lymphatiques, les strumeux, les anémiques. les débilités. Lorsqu'elles évoluent sur ces mêmes terrains, la kératose pilaire, le pityriasis, l'ichtyose sont justiciables de la Bourboule.

Pour les *affections prurigineuses* : lichen, névrodermites, prurigos, l'arsenic est le médicament de choix.

Sont indiqués pour la Bourboule, le lichen chez les neuro-arthritiques, le prurigo de Hebra.

Dans les *affections scrofuleuses et dystrophies cutanées*, le traitement bourboulien agit surtout sur l'état général et est surtout indiqué chez les enfants nerveux qui ne peuvent supporter la mer. Sont indiqués l'acro-asphyxie, les engelures, le lichen scrofulosorum, le lupus érythémateux, tuberculeux, les tuberculides.

L'acné, la furonculose, l'impétigo, l'urticaire sont également indiqués.

Mais il faut redire que d'une façon générale, dans toutes les dermatoses et affections précitées, le traitement de la Bourboule aura surtout de l'action quand il s'agit de sujets scrofuleux, lymphatiques, héritiers de tuberculeux, dystrophiques, anémiés, déprimés qui ont besoin d'être remontés et tonifiés.

LYMPHATISME-SCROFULE

Nous prenons ces dénominations comme représentantes de terrains prédisposés à toutes les infections, la tuberculose en première ligne. C'est un terrain à modifier et telle est l'action de la Bourboule, secondée par les facteurs accessoires de la cure (aérothérapie, altitude, etc.).

La médication bourboulienne, a dit le professeur Landouzy, doit entrer dans l'hygiène thérapeutique autant que dans la thérapeutique proprement dite de toute cette lignée de dystrophiques, héritiers de vices organiques et de tares fonctionnelles chez lesquels il faut prévenir la tuberculose. Et c'est pour cela que la Bourboule devient de plus en plus une station d'enfants. Elle réclame surtout les enfants justiciables de la médication chlorurée sodique, mais qui la supportent mal, les enfants nerveux qui perdent appétit, calme et sommeil à la mer, en reviennent fatigués, pâles, amaigris, les enfants à manifestations oculaires et palpébrales. à muqueuses pharyngées, laryngées et bronchiques susceptibles, à peau irritable, à manifestations rhumatismales. les enfants porteurs de végétations adénoïdes, les tousseurs avec tendance aux bronchites, en un mot, les contre-indiqués de la mer. Ces malades peuvent suivre à la Bourboule un traitement chloruré sodique moyen, en retirer des bénéfices sans les inconvénients des eaux chlorurées sodiques fortes, inconvénients de plus en plus sensibles avec nos générations croissantés de petits nerveux. Ils trouveront à la Bourboule, le climat de montagne sédatif en plus de la médication arsenicale. si puissante et si efficace dans la scrofulo-tuberculose.

La Bourboule s'adresse aux tuberculoses locales osseuse, articulaire, ganglionnaire, cutanée. A signaler. en particulier, les très bons résultats de la cure bourboulienne dans les adénopathies, adénites suppuréesd ou non, quelle qu'en soit la pathogénie.

TUBERCULOSE PULMONAIRE

La Bourboule réclame surtout les prétuberculeux, les prédisposés, les douteux. Elle réclame encore la bacillose au début, à la première période, les tuberculoses fermées à forme torpide, à évolution lente, ces malades qui ne font pas de fièvre, qui n'ont pas eu d'hémoptysies répétées, les tuberculeux subissant depuis longtemps une grande misère physiologique et à nutrition languissante, mais ayant un estomac et un intestin fonctionnant à peu près bien.

La Bourboule, au contraire, repousse les tuberculoses confirmées, à lésions avancées, les tuberculoses ouvertes, les tuberculeux de la deuxième ou troisième période, ou bien les tuberculeux au début, qui font de la fièvre, des poussées congestives, des hémoptysies faciles.

Et, pour conclure, nous ne pouvons mieux faire que de citer le professeur Landouzy : certains tuberculeux mous ou torpides, en période de germination. se trouvent fort bien de la médication bourboulienne. A cela rien d'étonnant puisque c'est par les modifications à apporter au tempérament tuberculisable et tuberculisé que se doivent traiter les affections tuberculeuses et non par l'action curative exercée par la médication hydrominérale sur la bacillose. C'est le lymphatique, l'individu porteur de muqueuses mal réagissantes au contact des causes morbigènes, c'est « le candidat à la tuberculose » qui doit venir à la Bourboule, c'est l'hérédo-tuberculeux, celui qui, ayant hérité d'un terrain dystrophique et d'un tempérament débile, n'est encore que menacé, c'est le bacillisable par dystrophie native, c'est encore le néo-tuberculeux souffrant des premières voies respiratoires. c'est tout individu menacé, affaibli, anémique, déchu. C'est tout enfant, tout adolescent dont on a chance de transformer les modalités organiques et fonctionnelles, tout enfant qu'il s'agit de robustifier, dont il faut modifier les modes d'activité défensive. C'est celui chez qui il faut prévenir la tuberculose dans ses tout premiers commencements.

MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES

La Bourboule donne de bons résultats dans les bronchites neuro-arthritiques, des non congestifs, dans les bronchites alternant parfois avec des dermatoses, les bronchites avec toux fréquente qui donne spasme et dyspnée.

Sont encore justiciables de la Bourboule, la pleurésie chronique, stigmate probable de tuberculose. les reliquats de pleurésie, de grippe, l'emphysème.

Pour l'asthme. le professeur Albert Robin indique comme justiciables des eaux arsenicales. les asthmatiques purs avec lésions pulmonaires, les asthmatiques nerveux avec état géné-

ral neuro-arthritique, les asthmatiques chez qui la cause déterminante de l'accès est justiciable des eaux arsenicales (dermatoses, diabète, etc...).

La base des indications pour les asthmatiques reposera donc sur l'examen du terrain sur lequel évolue l'asthme et si le terrain, les affections concomitantes (dermatoses, adénopathies trachéo-bronchiques, diabète, nervosisme, etc.), sont justiciables de la Bourboule, il faut y envoyer l'asthme lui-même.

Il faut faire une place tout à fait à part à l'asthme infantile à la Bourboule. La guérison est la règle pour l'asthme essentiel comme pour l'asthme symptomatique coïncidant avec des affections du nez, du nasopharynx et du larynx.

La Bourboule peut être considérée comme une station de choix, tant pour la tuberculose ganglio-pulmonaire au début, que pour les adénopathies médiastines simples consécutives aux affections aiguës des voies respiratoires, et en particulier les bronchites de la rougeole et de la coqueluche.

Les adénopathies simples guérissent le plus souvent et disparaissent avec la maladie primitive, mais elles peuvent parfois être le point de départ de tuberculose ganglio-pulmonaire. Il faut éviter le passage à l'état chronique en faisant disparaître les séquelles des affections des voies respiratoires et en mettant l'organisme en état de résister à l'infection bacillaire. C'est une double action qui ressortit nettement à la Bourboule.

Pour la tuberculose ganglio-pulmonaire dépistée au début, elle doit être considérée comme peu virulente, comme appartenant aux formes de tuberculose qui offrent prise au traitement et doivent guérir lorsqu'elles sont traitées. La cure bourboulienne s'impose d'une façon absolue.

Dans les affections du noso-pharyngo-larynx, la cure de la Bourboule ne peut remplacer le traitement chirurgical, mais outre qu'elle peut agir sur l'état local en modifiant l'état général, c'est un adjuvant précieux du traitement local. Le traitement bourboulien est souvent à essayer avant d'intervenir et aussi après l'intervention si les résultats sont insuffisants, ou quand la convalescence est lente.

On enverra à la Bourboule les rhinites des herpétiques et scrofuleux, des neuro-arthritiques non congestifs, les catarrhes nosopharyngés, les adénoïdes, les amygdalites et pharyngites chroniques. Pour les rhinites spasmodiques, la cure bourboulienne est à essayer. Le catarrhe nosopharyngé des lymphatiques et herpétiques est justiciable de la Bourboule, de même pour celui des neuro-arthritiques, s'ils ne sont pas susceptibles de poussées aiguës fréquentes.

Pour toutes les affections des voies respiratoires, les indications sont surtout fournies par l'état général : manifestations scrofuleuses et arthritiques des muqueuses respiratoires chez les anémiés, les fatigués, etc.

D'une façon générale, les états congestifs à réactions vives sont contre-indiqués.

ÉTATS ANÉMIQUES

Il n'y a pas de station, dit M. Huchard, qui réalise mieux que la Bourboule les indications thérapeutiques de la chlorose, des anémies torpides des lymphatiques et des strumeux, des anémies post-grippales et des convalescences de maladies graves avec les séquelles de ces infections, des anémies qui accompagnent le rhumatisme ou qui le suivent, des anémies consécutives à la croissance exagérée, les états anémiques de ces héritiers de parents-tarés par la tuberculose, la vieillesse, l'alcoolisme ou toute autre déchéance.

La Bourboule réclame les anémies les plus légères comme les plus graves, celles dues au séjour des grandes villes, au surmenage, à l'épuisement nerveux, les fausses anémies prétuberculeuses, les anémies voisines de l'anémie pernicieuse, pour quoi nous rappelons que l'arsenic est un remède héroïque, d'aucuns disent spécifique.

Dans l'anémie syphilitique, la cure bourboulienne remonte l'état général des malades anémiés, en dehors de l'action spéciale que pourrait avoir l'arsenic sur la syphilis. Elle est encore indiquée dans tous les cas de dépression nerveuse ou de neurasthénie, les cas de syphilis associés au paludisme ou à un début de tuberculose.

Enfin, dans l'anémie palustre, la Bourboule est la station de choix pour les malades qui n'ont pas eu d'accidents hépatiques graves. La cure hydrominérale s'ajoute à la cure d'air, à l'altitude moyenne qui convient au mieux à la thérapeutique de l'anémie et de la cachexie palustres. Il semble y avoir là presque une spécialisation. L'arsenic ne peut remplacer le quinquina. Si la quinine a une action parasiticide sur l'hématozoaire du paludisme, excite l'activité des leucocytes destructeurs des parasites et active la phagocytose, l'action de la médication arsenicale est toute autre et complémentaire. C'est une action retardante de la destruction des globules et favorisant l'augmentation des globules rouges. L'arsenic est donc un adjuvant de la quinine. On y a recours quand la quinine a triomphé de l'accès de fièvre, mais a laissé prédominer l'anémie, conséquence presque fatale du paludisme. Enfin l'indication absolue peut s'imposer dans le cas d'intolérance pour la quinine, mais c'est surtout dans l'anémie palustre et au début de la période cachectique que la Bourboule est indiquée.

DIABÈTE

La clientèle des diabétiques s'accroît sans cesse à la Bourboule. Mais les indications se précisent de plus en plus pour le diabète par hyperhépathie de Gilbert, le diabète par hyperfonctionnement (glycosurie et azoturie) pour les diabétiques fatigués, amaigris, mais non cachectiques ni épuisés et aussi chez les diabétiques avec complications cutanées et pulmonaires (bronchite chronique, asthme, emphysème, tuberculose).

Pour le diabète par anhépathie, par ralentissement des fonctions du foie, l'indication est moins formelle et ressort plutôt à la médication alcaline, mais on obtient souvent à la Bourboule un bon résultat.

Si on voulait s'abstraire de ces indications précises, on pourrait dire d'une façon générale qu'on peut envoyer à la Bourboule tous ceux chez qui la médication arsenicale a été employée avec succès.

La cure bourboulienne abaisse toujours la glycosurie, la fait souvent disparaître et tend à régulariser le taux de l'urée, le réduisant quand il est exagéré, le ramenant près de la normale quand il est au-dessous de la moyenne. C'est un puissant régulateur de la nutrition. La guérison absolue est possible, mais il y a toujours amélioration de l'état général, amélioration qui se maintient des mois et des années. Les résultats cliniques se résument dans le relèvement de l'état général, l'action favorable sur les complications et l'amélioration clinique marche de pair avec l'amélioration chimique. Jamais le traitement n'a été nuisible.

CONTRE-INDICATIONS

Affections aiguës. Maladies du tube digestif et du foie surtout. Tendance aux congestions. Tuberculose ouverte. Lésions cardiaques. On sera réservé dans l'application du traitement chez les grands vieillards comme chez les tout jeunes enfants, bien que les enfants supportent très bien la cure de la Bourboule.

SPÉCIALISATION

Enfin, si on voulait conclure, au point de vue de la spécialisation de la Bourboule, nous dirions volontiers que l'on pourrait lui décerner la spécialisation arsenicale avec toutes ses indications.

REVUE DE BIOLOGIE

Immunisation préventive et thérapeutique par des vaccins nouveaux, obtenus grâce aux rayons ultraviolets.

M. Renaud donne une vue d'ensemble sur une méthode de vaccination :

1° Les bactéries en suspension dans l'eau physiologique et exposées aux rayons d'une lampe à vapeur de mercure en quartz sont stérilisées complètement et avec certitude. 2° Les bactéries irradiées gardent leurs propriétés physiques et chimiques. 3° Elles abandonnent à l'eau physiologique des quantités importantes de substances toxiques. 4° Lavées, puis injectées à des animaux, elles sont résorbées à des doses énormes avec une extrême facilité, même quand il s'agit de bacilles tuberculeux. 5° Les produits bactériens toxiques acquièrent des propriétés spéciales au contact des sérums frais. Les complexes formés, tout en créant des lésions locales plus intenses, sont relativement peu toxiques. 6° Par injection méthodique des bactéries irradiées et des substances toxiques qu'on en peut extraire, il est possible d'obtenir à peu de frais et sans le moindre inconvénient une excellente immunisation active contre les microbes les plus différents.

L'auteur a déjà obtenu de nombreux succès thérapeutiques, au cours de différentes maladies microbiennes à marche aiguë et chronique et même au cours de la tuberculose; il a vu un cas de tuberculose suppurée et ouverte de l'os iliaque guérie et cicatrisée en six semaines dans le service du docteur Segond.

(*Soc. de Biol.*)

Action vaso-tonique comparée des différents produits de sécrétion gastrique.

MM. Loeper et Ch. Esmonet ont étudié d'abord l'action de ces produits en injection intraveineuse. La pepsine à dose forte détermine de l'hypotension, les produits chlorhydro-peptiques artificiels élèvent la tension artérielle, et le suc gastrique naturel de chien provoque toujours une hypertension marquée. Ces phénomènes sont opposables à ceux que provoque l'injection du contenu filtré d'un estomac en digestion et à l'action d'une macération de muqueuse gastrique. Le contenu gastrique, en effet, en raison sans doute des peptones qu'il contient, détermine de l'hypotension; la macération de muqueuse, surtout celle du fond de l'estomac, détermine constamment une hypotension remarquable.

En injection intra-intestinale l'action de ces différents produits est sensiblement atténuée. En injection dans une veine intra-mésentérique, la macération de muqueuse seule conserve à peu près toute son action.

L'opposition de ces phénomènes vaso-toniques montre que la sécrétion de la muqueuse de l'estomac ne consiste pas uniquement en la production du suc digestif.

(*Soc. de Biol.*)

Influence de la température sur la conservation des cellules nerveuses des ganglions spinaux hors de l'organisme.

Pour MM. Legendre et Minot, la température exerce une grande influence sur la conservation des cellules nerveuses des ganglions spinaux hors de l'organisme. A la température du corps, elles se modifient rapidement. A 15-20

degrés, elles réagissent peu et conservent jusqu'au quatrième jour leur aspect morphologique normal. A 6 degrés, elles se conservent également, mais moins longtemps et moins bien.

(*Soc. de Biol.*)

Sur le double pouvoir agglutinant vis-à-vis de l'éberth et du melitensis du sérum de certains malades.

1° Le sérum des malades présentant le double pouvoir agglutinant, vis-à-vis de l'éberth et du *melitensis*, a des agglutinines spécifiques pour les deux microbes; 2° il est impossible d'affirmer la présence simultanée dans le sérum de ces malades des anticorps syphilitiques et antimélitensiques, puisque la réaction de fixation se produit dans chacun des anticorps presque aussi bien avec l'un et l'autre des antigènes typhique et mélitensique.

(*Soc. de Biol.*)

De la membrane propre des tubuli de la glande mammaire, par MM. Retterer et Lelièvre.

Dans l'évolution *lente* des tissus épithélio-conjonctifs, une assise cellulaire à cytoplasme chromophile et élastique très développée sépare l'épithélium du tissu conjonctif. C'est là la *membrane* ou *paroi propre* qui fait défaut quand l'évolution de ces tissus, c'est-à-dire la transformation de l'épithélium en tissu conjonctif, est *rapide*.

(*Soc. de Biol.*).

Action des métaux et de divers autres facteurs sur la dégénération des nerfs en survie, par M. Nageotte.

La survie de la myéline est influencée par les principaux facteurs qui réagissent les phénomènes de la vie des tissus. Parmi ces facteurs, les métaux exercent une action remarquable, chaque cathion étant doué de propriétés propres. Seuls, les sels de radium n'altèrent pas la fibre nerveuse. C'est donc à eux qu'il faudra s'adresser lorsqu'on voudra observer la morphologie des fibres nerveuses en dehors de toute fixation.

(*Soc. de Biol.*).

La tension superficielle de l'hémoglobine.

M. H. Iscovesco montre que l'hémoglobine abaisse la tension superficielle du sérum et que cet abaissement est une fonction presque linéaire de la concentration.

(*Soc. de Biol.*)

REVUE D'UROLOGIE

Lithiase et néoplasmes du rein, par le docteur J. Oraison, aide de clinique des maladies des voies urinaires à la Faculté de Bordeaux et le docteur Pierre-Nadal, ex-chef de clinique médicale. (*Journ. de Méd. de Bordeaux.*)

La coexistence des calculs du rein avec les néoplasmes du parenchyme rénal lui-même ou du bassinet, sans être extrêmement fréquente, n'est cependant pas si rare que l'on pourrait le penser.

Dans la thèse de Brodeur nous en relevons 5 cas.

Albarran et Imbert, dans leur *Traité des tumeurs du rein*, en rapportent 26 sur 413 observations dépouillées par eux, soit 6,2 0/0.

Gaubil (th. Bordeaux, 1906), utilisant les documents précités, auxquels il ajoute le cas de Nicolich et celui de l'un de nous, cite 14 calculs associés : 8 à des tumeurs du rein, 6 à des tumeurs du bassinet.

Si l'on tient compte non seulement des cas dans lesquels on a retrouvé un ou plusieurs calculs, mais aussi de ceux dans lesquels il n'y avait pas de calcul, mais de la lithiase plus ou moins ancienne, cette coexistence devient encore moins rare. Nous en avons relevé nous-même 4 observations dans la littérature médicale depuis la publication du traité d'Albarran et Imbert. Elles appartiennent à Blum, à Lonmeau, à Pillet et à Pousson.

Cette dernière étant inédite, nous avons pensé qu'il était utile de l'ajouter aux autres. Nous rappellerons en même temps celle de l'un de nous, car elles entraînent toutes les deux quelques réflexions intéressantes, en particulier en ce qui concerne le diagnostic et les précautions à prendre au moment d'une intervention.

En présence de faits relativement nombreux, on est amené à se demander si cette coexistence dépend simplement du hasard ou si l'on doit établir une relation de cause à effet entre les deux affections. Dans tous les cas, hasard ou non, la fréquence même de cette association mérite d'attirer l'attention et doit engager le chirurgien à la plus grande prudence lorsqu'il se trouve en présence d'une lithiase qui paraît typique et qui peut cependant cacher quelque chose de plus sérieux.

Voici d'abord les deux observations :

Observation I.

Mme X..., cinquante ans, sans profession, ne présente aucun antécédent important à noter, si ce n'est qu'elle est issue d'une famille de rhumatisants.

Réglée à quatorze ans, et très régulièrement depuis. S'est mariée à vingt-quatre ans. N'a jamais eu de grossesse et, en dehors de légères poussées de rhumatisme articulaire, a toujours joui d'une excellente santé jusqu'à vingt-deux ans.

A cette époque, première crise de colique néphrétique bien caractérisée, constatée par son médecin. Pendant deux ans ne ressent qu'une sensation légère de pesanteur dans l'hypocondre gauche.

A vingt-quatre ans, en 1878, à l'occasion d'un faux pas, elle éprouva une violente douleur dans la région lombaire gauche, avec irradiation le long de l'uretère ; cette douleur est suivie d'une hématurie franche.

A quelques jours de là, nouvelle crise semblable, mais moins violente, qui détermine son médecin à l'envoyer à Capvern, où elle fait trois saisons successives et où elle a encore une crise suivie de l'expulsion d'un gravier urique assez volumineux.

Enfin, à l'âge de trente ans, à la suite d'une marche prolongée, nouveaux phénomènes douloureux s'accompagnant d'hématurie et, jusqu'en 1894, la malade a des alternatives de crises légères et de santé parfaite.

A partir de ce moment, il n'existe plus dans le côté gauche qu'une sensation pénible constante, mais la malade constate l'existence d'une tuméfaction sensible au toucher. En même temps, les urines deviennent purulentes et, peu de mois après, éclatent des symptômes vésicaux, consistant en fréquence de la miction et douleurs terminales, qui diminuent d'intensité sous l'influence d'un traitement approprié, mais ne disparaissent pas. Les urines deviennent au contraire plus louches et prennent une odeur infecte, pendant que les douleurs augmentent au niveau du rein gauche.

L'état reste stationnaire pendant sept ans, puis en 1903 apparaît une incontinence d'urine, pour laquelle la malade vient me consulter, de même que pour une augmentation considérable du flanc gauche, qui est devenu d'une sensibilité exquise.

Au moment où je la vois, en juillet 1903, la malade, très obèse, présente un état général parfait. Les mictions sont extrêmement douloureuses ; les urines, très épaisses, exhalent une odeur repoussante, ne s'éclaircissent pas par le repos et contiennent une flore microbienne très riche et très variée et beaucoup de pus.

En découvrant l'abdomen, on est frappé par une voussure très apparente siégeant dans l'hypocondre gauche et qui, à la palpation, atteint la fosse iliaque, dépasse la ligne médiane et donne, en arrière, le contact lombaire très net. Cette tuméfaction, de forme arrondie, sans bosselures, est rénitente en tous ses points ; elle est très légèrement mobilisable d'avant en arrière et latéralement. La percussion de la région lombaire détermine une violente douleur.

Rien du côté du rein droit, qui n'est ni augmenté de volume ni sensible.

La vessie, au contraire, est très douloureuse à tous les modes d'exploration et n'admet que 20 grammes de liquide. Malgré un traitement vésical très minutieux, je dus renoncer à la cystoscopie et à la division des urines, en raison de la capacité réduite de la vessie. Une radiographie faite par le Dr Débédat resta négative.

Le diagnostic de *pyélonéphrite calculeuse* paraissait évident. Je proposai à la malade une néphrotomie, qu'elle refusa. Elle est vue avec moi, en novembre 1903, par le professeur Pousson, qui confirme mon diagnostic et conclut également à la néphrotomie, qui est refusée.

Je ne revois plus la malade jusqu'en août 1904, époque à laquelle elle me fait appeler de nouveau parce que son état général est devenu mauvais, qu'elle a beaucoup maigri, que ses douleurs ont augmenté, que la diarrhée est à peu près constante et que la fièvre est permanente. Je trouve la tumeur gauche beaucoup plus considérable ; mais, en outre, le rein droit est gros et sensible.

L'intervention est acceptée cette fois, malgré les prudentes réserves que je formule au sujet d'une issue fatale possible. Une analyse d'urines faite à ce moment donne par vingt-quatre heures : 17 grammes d'urée, 8 grammes de chlorure, une grande quantité d'indican. Pas de sucre ; albumine en quantité très notable ; urate de soude ; cellules épithéliales pavimenteuses de la vessie.

Néphrotomie le 7 novembre 1904. Périnéphrite scléro-adipeuse intense. La surface du rein offre une consistance pierreuse et des inégalités nombreuses; un calcul est à fleur de rein. Ce calcul, ramifié, rugueux, se cassant facilement, présente une portion beaucoup plus volumineuse, dont la forme et les dimensions rappellent très bien celles d'une pomme de terre moyenne, et qui pèse 107 grammes. Cette portion est contenue dans une cavité à parois absolument lisses et régulières. La paroi antérieure, à travers laquelle on perçoit un contact dur, est effondrée, et le doigt pénètre dans une seconde cavité, qui n'est autre que le bassin lui-même. Celui-ci contient plusieurs calculs indépendants et présente des parois très tourmentées, inégales, bourgeonnantes, dures, donnant la sensation d'un épithélioma végétant. Une des végétations est enlevée pour être soumise à l'examen histologique.

Pendant toutes ces manœuvres, le rein ne saigne pour ainsi dire pas, et il ne s'écoule qu'une très petite quantité de pus infect.

Les deux cavités sont largement drainées et le rein est laissé ouvert. Réunion partielle des plans sus-jacents.

Le jour même, l'anurie commence et emporte la malade trois jours et demi après l'opération, malgré toutes les tentatives pour déboucher le rein droit.

Les calculs, examinés par M. le professeur Denigès, sont constitués par du phosphate ammoniaco-magnésien recouvrant un noyau urique.

L'examen histologique de la végétation enlevée, examen pratiqué par l'un de nous, montre qu'il s'agissait d'un épithélioma lobulé du bassinet ayant envahi la substance rénale elle-même. Cette tumeur présente quelques particularités histologiques intéressantes :

On est frappé au premier coup d'œil de l'aspect un peu inattendu du néoplasme; on se croi-

rait véritablement en présence d'un épithélioma malpighien.

Le tissu en est constitué à la fois par des végétations papillomateuses très développées, très enchevêtrées, très irrégulières, et par des prolongements épithéliaux envahissant profondément le parenchyme rénal.

L'épithélium se répartit tantôt en stratifications assez régulières, recouvrant les bourgeons papilliformes et dans lesquelles on rencontre successivement :

1° Une couche génératrice à noyaux parfois nettement alignés et serrés ;

2° Des couches nombreuses à cellules grandes, polygonales, homogènes et cireuses, tout à fait exceptionnellement vasculaires, délimitées par un bord très net *présentant même par places le sillon de séparation traversé par les épines de Schulze, qui passe pour caractéristique des épithéliums malpighiens vrais ;*

3° Enfin, à la limite distale de ces bandes épidermiques, les cellules s'aplatissent et desquament rapidement dans des cavités creusées par leur ramollissement et leur dégénérescence même.

Dans l'épaisseur de l'épithélium et à tous les niveaux, on observe des cellules ayant subi de façon prématurée la dégénérescence colloïde réservée aux éléments caducs. Ces cellules peuvent servir de centre de dégénérescence ébauchant ainsi des figures de petits globes épidermiques.

Les portions épithéliales infiltrées labourent profondément le rein ; chaque masse, considérée isolément, présente de la périphérie au centre, la même structure et les mêmes degrés évolutifs que nous venons de décrire dans les bandes marginales. Le résultat en est la formation de globes épidermiques innombrables.

Le stroma de la tumeur est des plus embryonnaires : on y trouve même quelques cellules géantes, véritables cellules de corps étrangers venant phagocyter les débris épithéliaux dégénérés.

Dans ce stroma sont perdus les éléments du parenchyme rénal ; on y rencontre quelques glomérules à tous les stades de la dégénérescence hyaline et quelques vestiges de tubes collecteurs urinaires à épithélium surbaissé, cubique, presque endothéliforme.

On rencontre dans l'épithélium du bassinet, au voisinage de la tumeur, tous les degrés des états précancéreux : épaississement de l'épithélium, hyperplasie et hypertrophie cellulaire ; vacuolisations désordonnées ; état réactionnel du derme.

Il s'agit donc là d'un épithélioma revêtant le type malpighien et développé, selon toute apparence, aux dépens de l'épithélium irrité du bassinet.

Observation II.

M. X., prêtre, soixante et un ans. Aucun antécédent héréditaire. Personnellement, le malade a toujours eu une santé délicate depuis une crise très grave de diarrhée infantile à l'âge de neuf mois.

A dix-sept ans et demi, il tombe d'un trapèze sur la région rénale droite. Cette chute ne détermine aucune hématurie, mais laisse après elle une grande faiblesse qui le lendemain soir, se traduit par une syncope, à la suite de laquelle se produit une hématémèse violente.

A dix-huit ans et demi, alors qu'il était au grand séminaire, il voit survenir sans cause une nouvelle hématémèse, accompagnée cette fois de méléna. Ces phénomènes se sont reproduits à diverses reprises. Le malade insiste sur ce fait que, depuis sa chute, il souffrait de l'hypocondre droit *toutes les fois qu'il marchait.*

En 1869, il eut même, *à la suite d'une marche un peu prolongée, une hématurie très nette, qui cessa par le repos.* Cette première hématurie s'est reproduite plusieurs fois.

Trois ans après, en 1872, colique néphrétique très caractérisée, se terminant par l'expulsion d'un gravier d'acide urique. A la suite de cette crise, le malade fait un séjour à Vichy, au cours duquel il était réveillé le matin par une violente douleur siégeant au niveau du flanc droit et durant une heure. Dans la journée, il éprouvait seulement une sensation d'endolorissement au même niveau.

Nouvelle crise d'hématémèse et de méléna en 1877. Puis, en 1881, il consulte un médecin qui diagnostique une néphrite et l'envoie à Contrexéville. Au retour de sa saison, il est pris de vomissements incoercibles qui durent deux mois et qui font penser à un cancer de l'estomac.

Tous les phénomènes inquiétants cessent d'une façon presque subite et, jusqu'en 1885, le malade jouit d'une excellente santé, à part la douleur constante du flanc droit.

En 1885 et en 1895, nouvelles crises de colique néphrétique, dont la première se termine par l'expulsion d'un gravier.

Enfin, il y a un an et demi, la douleur du flanc commence à augmenter et devient très vive à la suite d'une nouvelle chute sur la région rénale droite, chute non suivie d'hématurie. Alors les urines se troublent progressivement, le malade commence à maigrir, mais il ne présente aucun symptôme vésical : ni fréquence ni douleur.

A ce moment, il consulte le Dr Laroche (de Jarnac), qui, trouvant un rein droit énorme, très douloureux, de consistance très dure, l'adresse à M. le professeur Pousson.

Au premier examen, le 16 mai 1909, le malade a l'apparence d'une santé florissante. Il se plaint seulement du rein droit, qui est énorme, immobilisé, très douloureux à la pression, de même que tout l'uretère correspondant. Malgré la purulence des urines, la vessie est très tolérante : il n'y a pas de fréquence des mictions, le malade ne souffre pas en urinant, et l'exploration vésicale reste négative à tous les modes d'examen.

M. Pousson pose le diagnostic de pyélonéphrite calculeuse suppurée. Ce diagnostic semble confirmé par l'analyse des urines, pratiquée le 12 mai et qui donne :

Urée	15 gr. 25
Chlorures	7 — 40
Phosphates	1 — 50
Albumine	1 — 40

Dépôt purulent abondant, avec d'assez nombreuses hématies et de rares cristaux d'oxalate de chaux.

Radiographie négative.

La division des urines avec le diviseur de Luys fournit par litre les renseignements suivants :

Rein droit		*Rein gauche*	
Urée	10 gr.	Urée	27 gr. 50
Chlorures	7 —	Chlorures	11 —
Dépot extrêmement purulent avec hématies et de rares cristaux brisés d'oxalate de chaux.		Le dépôt ne renferme que du sang avec de rares leucocytes.	

Opération le 15 mai 1909. — Le rein est entouré d'une périnéphrite scléro-adipeuse considérable. Au cours des manœuvres de libération, il se crève et laisse écouler une grande quantité de pus bien lié. La néphrectomie totale extra-capsulaire peut être pratiquée cependant. Drainage de la loge et suture partielle des plans sus-jacents.

Le rein enlevé présente l'aspect d'un rein tuberculeux, avec de nombreuses cavernes recouvertes d'un enduit purulent. Il s'agit d'une altération néoplasique ayant frappé le rein d'une façon extrêmement diffuse. Cependant, il est possible de reconnaître en certains points à cette infiltration des limites et une zone d'envahissement. Les masses de la tumeur, même dans ces points-là, ne présentent pas la moindre ébauche de l'encapsulement, si fréquent dans les tumeurs du rein.

Cette zone d'envahissement présente le même aspect tourmenté et les mêmes infiltrations sournoises qui caractérisent d'habitude les tumeurs épithéliales des systèmes ectodermiques et endodermiques.

Dans les points où la tumeur est massive et plus mûre, on rencontre encore des débris glandulaires qui ont été disséqués sans être détruits, caractère qui nous éloigne encore des tumeurs encapsulées pour se rapprocher des néoplasmes carcinoïdes.

Les éléments épithéliomateux sont petits, réguliers, polygonaux. Le stroma qui les englobe se résout en ramifications si déliées qu'on ne voit pour ainsi dire nulle part de structure alvéolaire vraie, on plutôt qu'il y a comme le dit Albarran, des alvéoles unicellulaires.

On rencontre très souvent des accidents d'invasion vasculaire frappant indistinctement vaisseaux sanguins et lymphatiques.

Les parties nécrosées ne sont pas extrêmement nombreuses. On en trouve cependant de loin en loin.

Les portions du parenchyme rénal contiguës à la tumeur ou infiltrées par elle ont subi des altérations variées : étirement excentrique des tissus par le développement de la tumeur, atrophie, altération des épithéliums, avec formation de cylindres hyalins, sclérose des glomérules, infiltrations embryonnaires du tissu de charpente, épaississement scléreux de ce même tissu, artérites chroniques se rapportant à la néphrite périnéoplasique.

Signalons particulièrement la tendance aux évolutions kystiques et la formation d'assez vastes cavités analogues à celles de n'importe quel rein scléreux.

Dans ces deux observations, nous retrouvons une histoire lithiasique très ancienne et non pas une histoire se rapportant à un néoplasme, qui fut une surprise d'opération. Il y a donc tout lieu de penser que la lithiase a débuté et que l'épithélioma ne s'est développé que beaucoup plus tard. Y a-t-il là une simple coïncidence ?

Les auteurs anglais Compland, Moore, Walcham, Shattock, etc., qui ont attiré l'attention sur la coexistence fréquente des calculs du rein avec les néoplasmes de cet organe, attribuent un rôle pathogénique très net au traumatisme constant produit par la pierre sur le parenchyme rénal.

Albarran et Imbert admettent, eux aussi, ce rôle étiologique dans la plupart des cas. Cependant ils pensent que, quelquefois, il s'agit d'une simple coïncidence et citent à ce propos les observations de Eve et de Gorl, dans lesquelles le calcul et le néoplasme n'existaient pas dans le même rein.

Domenico Taddei, au contraire, dans son travail paru dans les *Folia urologica* de juin 1908, tout en acceptant la possibilité du rôle du traumatisme, pense que, le plus souvent, les calculs se forment secondairement. Il s'agirait alors de concrétions phosphatiques prenant naissance autour d'un caillot ou d'un débris néoplasique, à la faveur d'une certaine rétention rénale.

Cette façon de voir ne semble pas répondre à la majorité des faits. Si, en effet, on se reporte aux observations dans lesquelles la nature de la pierre est indiquée avec précision, on trouve 11 fois des calculs d'acide urique ou d'urate de soude, 2 fois un calcul d'oxalate de chaux, 3 fois des calculs phosphatiques.

Au surplus, cette théorie ne s'accorde pas très bien avec les faits dans lesquels il n'existait pas de calculs, mais de la lithiase urique déjà ancienne, et qui sont au nombre de 4.

Dans ces conditions, il est rationnel de penser que la formation du calcul consécutive à l'existence du néoplasme doit être l'exception. D'ailleurs, la plupart des observations paraissent assez démonstratives à ce point de vue, les malades ayant eu longtemps avant l'éclosion des si-

gnes d'un néoplasme, soit des coliques néphrétiques avec expulsion de sable ou de graviers uriques, soit des symptômes fonctionnels du calcul.

Il est vrai que certains néoplasmes du rein ont une évolution très lente et longtemps silencieuse, et que, lors de la formation des calculs, ceux-ci peuvent seuls dominer la scène. Mais le plus ordinairement le cancer se manifeste d'assez bonne heure, soit par des signes fonctionnels et physiques, soit par l'atteinte portée à l'état général.

Au surplus, si cette interprétation est possible quand il existe une concrétion. elle devient improbable lorsque le malade émet seulement du sable urique.

Enfin, le cas d'Albarran permet de saisir sur le vif l'influence pathogénique de l'irritation due au calcul, puisqu'il a été possible d'assister à l'éclosion du néoplasme huit mois après une néphro-lithotomie dans un rein atteint de pyélonéphrite calculeuse.

En règle générale, pourtant, dans un rein sain, la précipitation des sels de l'urine ne donne pas lieu à la formation de calculs : il faut une irritation du rein qui détache des tubes urinifères de la matière organique, qui servira de noyau. Mais il n'est pas nécessaire que ce noyau organique soit un débris de cancer : les cellules épithéliales desquamées sont suffisantes, et tout le monde admet aujourd'hui, depuis les travaux d'Albarran, l'existence constante de la néphrite lithiasique. C'est là l'irritation du rein nécessaire à la formation des calculs.

Est-ce à dire que les concrétions secondaires ne coexistent jamais avec les tumeurs du rein ? Ce serait vouloir nier l'évidence. De semblables faits existent indubitablement ; mais alors les calculs sont le plus souvent phosphatiques et relèvent de l'infection du néoplasme.

Le plus ordinairement donc la lithiase ou le calcul précède cliniquement la tumeur et, selon toute probabilité, lui donne naissance. Nous disons lithiase ou calcul, car le simple traumatisme exercé par le passage fréquent des cristaux et les lésions constantes de néphrite diathésique desquamative expliquent l'éclosion du néoplasme en un point quelconque de l'organe (parenchyme ou bassinet).

En cela, d'ailleurs, le rein rentre dans la loi générale, qui veut que tout traumatisme, surtout quand il est répété, soit susceptible d'amener une dégénérescence maligne. Il en est ainsi pour les cancers de la cavité buccale dus à l'irritation d'un chicot. Il en est ainsi également pour la leucoplasie de différents organes et, en particulier, de la vessie.

Enfin, si nous passons en revue les observations suffisamment détaillées, nous voyons très nettement que, dans la plupart, la lithiase en général a précédé de plus en plus ou moins longtemps la tumeur.

Reliquet. — Longtemps auparavant, coliques néphrétiques avec expulsion de graviers ; carcinome.

Pollard. — Néphrolithotomie *gauche* quelques années avant. En 1884, nouveaux calculs associés à un carcinome du même rein *gauche*.

Mac Cormac. — Vieux calculeux. Epithélioma du rein.

Walsham. — Calcul parenchymateux de longue date. Epithélioma du rein.

Hartmann. — A sept ou huit ans, expulsion de graviers. Pyélite calculeuse. Calcul urique. Calcul également dans le bassinet du côté opposé. Carcinome du rein et du bassinet gauches.

Battle. — Six ans auparavant, coliques néphrétiques avec expulsion de calculs d'oxalate de chaux. Epithélioma papillaire.

Albarran. — Signes de calculs. Néphrolithotomie découvrant un gros calcul du bassinet. Epithélioma du parenchyme à ses débuts.

Albarran. — Néphrolithotomie le 9 février 1898, enlevant un calcul phosphatique d'une poche rénale purulente. Le 13 novembre 1898, épithélioma carcinoïde de la poche.

Oraison. — Nombreuses coliques néphrétiques avec expulsion de graviers uriques, dont la première à vingt-deux ans. A cinquante ans, néphrolithotomie pour calcul phosphatique à noyau urique situé dans le bassinet. Epithélioma du bassinet.

Newmann. — Depuis plusieurs années, calcul du rein. Carcinome.

Pousson. — A dix-sept ans et demi, chute sur la région rénale droite, restée depuis douloureuse à la marche. A vingt ans, hématurie consécutive à une marche prolongée. A vingt-trois ans, colique néphrétique avec expulsion d'un gravier urique. A soixante et un ans, néphrectomie. Epithélioma généralisé.

Pillet. — Lithiase urique et coliques néphrétiques plusieurs années auparavant. Néoplasme du pôle inférieur.

Loumeau. — Traumatisme sur la région rénale quinze ans avant. Expulsion de graviers uriques et douleurs aggravées par le mouvement depuis sept ou huit ans. Néphrectomie en mai 1910. Calcul urique des calices et du bassinet. Sarcome du pôle inférieur.

On pourrait croire que toute cette discussion n'a aucune portée, qu'elle est purement spéculative ; il n'en est rien. La question d'antériorité a, au contraire, une importance de premier ordre au point de vue de la précocité des examens et des précautions à prendre en cas d'intervention.

Nous devons, en effet, tirer de tout cela un enseignement. Nous savons tous combien les lithiasiques ou les calculeux sont souvent considérés comme des malades présentant une affection bénigne, qui doit s'améliorer par une ou plusieurs cures thermales, mais qui est inhérente au tempérament arthritique du sujet. On ne pense pas que le carcinome est aussi l'apanage de l'arthritique ; qu'il n'attend que l'occasion de se manifester et que cette occasion peut être précisément le traumatisme plus ou moins important, mais toujours répété, produit par le calcul lui-même ou le passage de sables ou de graviers.

Si l'on est convaincu de la possibilité d'une relation entre les deux affections, on devra examiner son malade à fond avant de le déclarer simplement lithiasique et de l'envoyer aux eaux. De cette façon, on pourra peutêtre dépister de bonne heure le néoplasme. On se méfiera, par exemple, des hématuries congestives qui se produisent en dehors de tout mouvement. On scrutera soigneusement l'état général ; surtout quand la lithiase est aseptique. Enfin, on pratiquera toujours soit la division des urines, soit, de préférence, l'épreuve des deux heures d'Albarran, qui, dans certains cas, pourra démontrer une diminution ou même une suppression fonctionnelle du rein nullement en rapport avec les signes cliniques, et qui sera susceptible de déterminer une hématurie éveillant l'attention du chirurgien.

De cette façon, cette épreuve devra toujours être pratiquée quand la question d'intervention se pose, afin d'être renseigné sur l'état de l'autre rein pour le cas où l'on serait obligé de sacrifier l'organe malade.

Enfin, une dernière conclusion à tirer des considérations qui précèdent, c'est qu'il est de toute nécessité, lorsqu'on est amené à opérer pour de la lithiase, d'inspecter soigneusement le rein quand on l'a en mains. On évitera ainsi de réintégrer dans la loge rénale un organe porteur d'un néoplasme tout à fait au début. Le cas de M. Albarran est un exemple typique de la nécessité de cette inspection soigneuse.

REVUE DE PSYCHOLOGIE

Enquête médico-psychologique sur la supériorité intellectuelle : Henri Poincaré, par le Dr Toulouse.

Le Dr Toulouse s'est proposé depuis plusieurs années « d'examiner avec les méthodes de la clinique médicale et des laboratoires de psychologie les hommes que leurs œuvres avaient révélé comme des esprits supérieurs ». Il a déjà publié les études sur Zola (*Revue scientifique*, 1896), et sur Berthelot (*Revue de psychiatrie*, 1901). Sa dernière étude est consacrée à l'éminent mathématicien Henri Poincaré, fils, comme on sait, d'un clinicien fort distingué de la Faculté de médecine de Nancy, mais qui paraît surtout tenir de sa lignée maternelle une aptitude toute spéciale pour les mathématiques.

De la longue étude faite par M. Toulouse avec une méthode qu'il dit avoir beaucoup perfectionnée, nous extrayons ce qui suit : M. Poincaré a une grosse tête; il est distrait, ainsi que l'était Newton, à ce que l'on dit; il présente nettement le phénomène de l'audition colorée. Il retient onze chiffres prononcés à la vitesse de 2 par seconde, tandis que la normale est 9 à 8. Pour ce faire il *analyse* les nombres qu'il veut retenir. Un jour que son attention était plus difficile à fixer il n'en retenait que 10. Il a aussi une facilité remarquable pour le calcul mental, et là encore, les procédés mnémotechniques paraissent prédominents. Notons surtout ceci, qui nous paraît particulièrement intéressant, c'est que tant que l'œuvre commencée n'est pas jugée terminée. le travail mental se poursuit d'une manière presque invincible. Il faut des moyens de dérivation puissants pour l'arrêter. La musique a ce pouvoir, mais la lutte contre le travail automatique est assez pénible pour enlever une grande partie du plaisir que goûte M. Poincaré à une audition. Aussi, quand il veut jouir pleinement d'un concert, il s'abstient de travailler avant d'y assister. Ce fait que le travail est, jusqu'à une certaine limite, irrésistible, montre bien son caractère spontané, demi-automatique: et, en effet, M. Poincaré ne fait pas de *plan* avant d'écrire un mémoire; il le commence sans savoir comment il terminera et trouve, chemin faisant, les réponses aux questions posées dans son esprit.

Il le reconnaît lui-même, car il a écrit : « Le travail inconscient dans l'invention mathématique me paraît incontestable. Pendant la première demi-heure on ne trouve rien: puis après un repos, tout à coup l'idée décisive se présente à l'esprit. Il est probable que le repos a été rempli par un travail inconscient. »

Il est à noter que chez Zola l'activité intellectuelle était surtout volontaire, clairement consciente et que le travail psychique ne se continuait pas d'ordinaire après l'arrêt.

Zola cependant a écrit des romans, tandis que Poincaré, plus spontané, plus proche du rêve, en apparence, triomphe dans les recherches mathématiques. Cette remarque n'est pas sans intérêt; mais, quand on y réfléchit, on ne saurait y voir d'antinomie véritable.

REVUE CLINIQUE

Lésions épidermiques d'angine gonococcique, par le Dr Groll (*Soc. de médec. de l'Isère*).

J'attirerai aujourd'hui l'attention de la Société de Médecine sur les lésions de la peau d'origine gonococcique.

Je crois que si on recherchait toujours la cause de la contagion, on trouverait, dans la liste d'inscription des microbes de suppuration, suivant leur ordre de fréquence, pour le gono-

coque une place assez rapprochée de celles occupées par les microbes des suppurations ordinaires.

Sabatier, interne à Saint-Lazare, publie avec le docteur Emery, médecin de cette maison de justice, dans la *Clinique* du 19 novembre 1909, un cas de panaris à gonocoque par infection directe.

La lecture de cette observation m'a rappelé un cas assez singulier que j'ai en à soigner chez un de nos confrères. il y a quelques années.

OBSERVATION I

Les lésions siégeaient à la main droite. elles occupaient le bord externe de l'index, le premier espace interdigital et la base du pouce. Elles s'espaçaient sur une ligne régulière au nombre de quatre ou cinq.

L'épiderme était enlevé comme à l'emporte-pièce. Les plaies nettoyées laissaient voir un derme rouge violacé : la suppuration était minime ; la grandeur de chacune de ces petites plaies était peu considérable. d'une lentille au double de cette grandeur.

Ces lésions épidermiques ne ressemblaient en rien à des lésions déjà vues, définies, cataloguées. La description manque complètement dans les livres classiques de lésions de cette nature, et pour le cas on avait pensé à des lésions de chancres mous contractées dans un service d'hôpital.

Mais une recherche attentive montra que depuis deux mois au moins aucun malade porteur d'accidents à bacilles de Ducrey n'avait été vu, examiné, touché.

La disposition des lésions montrait que la contagion s'était faite par le toucher vaginal, échelonnées qu'elles étaient le long du bord externe de l'index jusqu'à la base du pouce de la main droite.

Cette main avait eu sans nul doute l'épiderme blessé pendant l'acte d'un savonnage habituellement violent fait avec une brosse rude comme celles du modèle employé aux lavabos pour se laver les mains avant les actes opératoires.

Le mode de contagion expliqué, il restait à connaître de la nature de ces lésions.

L'examen bactériologique que je fis me permit de trouver dans le pus des colonies de gonocoques et de rejeter le diagnostic de chancres mous qui avait été fait précédemment. La caractéristique de toutes ces lésions est d'être superficielles, de produire peu de phénomènes de réaction inflammatoire. Autour de la lésion il n'y a pas de zone rouge, chaude, distendue, douloureuse, l'épiderme conserve ses caractères propres.

Les soins furent très simples. Une désinfection de l'épiderme dans un bain de permanganate de potasse à 0 gr. 50 par litre, après frottage violent des points malades avec une compresse de gaze de façon à détacher les couches superficielles de l'épiderme qui pourraient recéler du gonocoque et enfin cautérisation de chacune des lésions avec une solution de nitrate d'argent au 1/10.

Ces plaies furent guéries en trois jours simplement par les bains au permanganate qui furent continués et par des pansements humides portés constamment.

Peut-on se prononcer sur la virulence microbienne du gonocoque dans ces lésions ? Il conviendrait pour cela de faire des expériences de laboratoire. Toutefois je ne crois pas que le traitement soit indifférent.

Dans le cas précédent ces lésions avaient été pansées avec des solutions mercurielles (le biodure de mercure), elles persistèrent, elle cédèrent dès l'emploi du permanganate de potasse appliqué après une seule cautérisation au nitrate d'argent.

Mais ceci ne suffit pas pour confirmer mon opinion et depuis trois mois je me suis efforcé de rechercher à la maison d'arrêt des lésions épidermiques d'origine gonococcique.

J'en ai trouvé trois cas.

OBSERVATION II

C.... 23 ans ? fille publique, présente à la main droite des lésions épidermiques siégeant autour des ongles. à leur base et latéralement, lésions en tournioles, localisées à l'index, au médius et à l'annulaire, peu douloureuses, mais assez cependant pour permettre de demander du repos. Je prescris des bains chauds, l'eau oxygénée et un pansement protecteur au coton hydrophile. Deux jours après l'épiderme persistait à être rouge, tendu, la douleur était augmentée. Ces phénomènes disparaissaient après le bain, mais semblaient être en période d'augment : une pustule existant à la base de l'ongle de l'index, j'en examinai le pus qui me montra la présence du gonocoque.

Quelques bains chauds de permanganate de potasse et des pansements humides faits avec une solution de 0 gr. 50 0/0 guérirent en trois jours ces accidents.

OBSERVATION III

R..., 21 ans. — Urétrite blennorragique, présente à la face interne de la cuisse gauche une région couverte de lésions de folliculite. Assez douloureuse, l'urétrite coule beaucoup, la chemise et le pantalon sont souillés. Ce malade a en outre la gale et présente des lésions de grattage nombreuses.

OBSERVATION IV

V., 43 ans. — Urétrite chronique avec orchiépididymite droite, présente dans les poils du pubis une série de petits furoncles.

Dans ces deux observations les lésions de la peau sont consécutives à des grattages qui ont produit l'inoculation des gonocoques répandus sur toute la surface épidermique et les vêtements.

Je prescrivis des pansements au sublimé, les lésions continuèrent. Les pansements au permanganate guérirent au contraire rapidement.

Le gonocoque ne se développe donc pas exclusivement sur les muqueuses. Sur les régions épidermiques souillées de pus gonococcique peuvent se produire des lésions qui, pour exister, semblent devoir être précédées d'un traumatisme local assez considérable (brossage, grattage), entamant la peau de sillons nets, pénétrant jusqu'au derme. Ces conditions de porte d'entrée considérable semblent être exigées si l'on envisage le peu de virulence microbienne que le gonocoque répandu sur l'épiderme semble avoir.

Le diagnostic des méningites bénignes, par M. L. GALLIARD, médecin de Lariboisière, et M. BAUFLE, interne des Hôpitaux (*Société médicale des Hôpitaux*).

La discussion récente au Congrès français de Médecine et les documents si intéressants de MM. Rist, Laubry, Foy, Parvu, ont mis à l'ordre du jour la question des méningites bénignes, parfois à allures épidémiques, observées spécialement chez les jeunes sujets.

La question du diagnostic de ces méningites a une grande importance puisqu'elle conduit immédiatement à l'intervention thérapeutique.

OBS. I. — *Méningite bénigne avec lymphocytose survenant chez une femme atteinte de syphilis et de tuberculose pleurale et marquant le début de la fièvre typhoïde.*

Eugénie T.... mécanicienne, 23 ans, a été admise une première fois dans notre service de Lariboisière, salle Aran, le 13 janvier 1910, pour une *arthrite blennorragique* du genou gauche et des accidents de *syphilis secondaire* traités par les injections intra-musculaires de biiodure: elle a séjourné jusqu'au 18 mars.

Elle est revenue, en juin 1910, pour une *pleurésie séreuse* du côté gauche, dont l'origine *tuberculeuse* nous a paru évidente, qui s'est accompagnée de fièvre pendant plusieurs semaines et qui n'était pas guérie lorsque la malade a voulu, malgré notre défense, quitter l'hôpital le 1er octobre 1910.

Or voici, le 13 octobre, une troisième admission à l'hôpital. Cette fois, la malade se plaint d'une violente céphalalgie. Prostration, décubitus en chien de fusil, raideur de la nuque, hyperesthésie, crampes, vomissements réitérés. Température rectale 40 degrés. Pouls instable variant de 100 à 112.

Le 14 octobre, 39°9 et 40 degrés. La ponction lombaire fournit 10 centimètres cubes de liquide limpide avec lymphocytose légère (2 ou 3 lymphocytes par champ) ; pas de polynucléaires. pas de microbes.

Le 15 octobre, 40°1 et 100 pulsations le matin: 40°6 et 120 pulsations le soir. La céphalalgie est toujours très intense: la raideur de la nuque s'accentue ; signe de Kernig, raie méningitique. Le diagnostic de *méningite tuberculeuse* semble s'imposer. Injection intrarachidienne, sans évacuation préalable, de 2 centimètres cubes de solution de *collargol* à 1 0/0.

Le 16 octobre, la température s'abaisse à 38°4 le matin et 38°6 le soir.

Le 17 octobre, 40 degrés et 39°9. Nous prescrivons une dose de 0,10 centigrammes de calomel qui sera renouvelée tous les matins.

Le 19 octobre, la température s'étant élevée la veille à 40°1 et 40°5, nous nous étonnons de constater que les phénomènes méningitiques s'atténuent au lieu de s'accentuer. La malade accuse des coliques ; le ventre est ballonné ; il y a de la diarrhée fétide ; nous découvrons quelques taches rosées sur l'abdomen et le thorax ; la rate est légèrement tuméfiée. Il faut donc accepter le diagnostic de *fièvre typhoïde*, et ajouter qu'il s'agit là d'une fièvre typhoïde contractée dans notre salle puisque la malade n'a quitté le service que le 1er octobre.

Ce jour-là, la seconde ponction lombaire donne issue à une petite quantité de liquide contenant des polynucléaires intacts, sans éléments microbiens : l'ensemencement sur bouillon et sur gélose reste stérile. Pas de lymphocytes.

C'est probablement à l'injection de collargol qu'il faut attribuer la polynucléose, car, dès ce jour, les symptômes méningitiques disparaissent complètement, sauf le mal de tête qui persiste.

Le 25 octobre, le séro-diagnostic donne un résultat nettement positif à 1 p. 70. La fièvre typhoïde évolue sans complication.

On voit qu'il s'agit là d'un de ces syndromes méningés qui, suivant la remarque de M. Widal, s'observent, à titre de manifestations secondaires, au cours des états infectieux. Dans le cas particulier, c'était la fièvre typhoïde, à la période d'invasion, qui se compliquait de cette manière, et cela chez une femme que nous savions syphilitique et tuberculeuse ! On comprend que nous ayons eu quelque difficulté à préciser le diagnostic.

Inutile de dire que le mot de méningite eberthienne ne peut être prononcé ici.

Notre second cas se rapproche davantage des observations publiées dans la dernière séance, car le syndrome méningé a constitué à lui seul toute la maladie.

OBS. — *Méningite bénigne avec lymphocytose chez une femme suspecte de tuberculose.*

Louise M., âgée de 21 ans, charcutière, domiciliée dans le voisinage de la gare du Nord, de santé délicate, atteinte de bronchite à plusieurs reprises, a fait une chute sur la tête le 5 octobre 1910, et depuis ce jour elle a souffert sans être obligée de s'aliter.

Elle entre à Lariboisière, salle Aran, n° 36,

le 13 octobre. Elle est prostrée, abattue, répondant difficilement aux questions qu'on lui pose, craignant la lumière, couchée en chien de fusil. Elle se plaint de mal de tête et de courbature. Elle vomit chaque fois qu'elle essaie d'ingérer des aliments liquides ou solides. Le pouls n'est pas régulier : le nombre des pulsations varie, suivant les instants, de 70 à 100. Température rectale 37°5. Constipation opiniâtre.

Nous ne constatons ni raideur de la nuque ni signe de Kernig.

Le 14 octobre, après une nuit agitée, la malade est assez calme. Ponction lombaire : liquide limpide, non coloré, contenant une faible quantité de lymphocytes (2 ou 3 par champ), rien d'autre. Nous prescrivons 0.50 centigrammes de calomel.

Les jours suivants, apyrexie, instabilité du pouls, céphalalgie, vomissements, constipation; mais ces phénomènes s'atténuent progressivement. L'examen de l'appareil visuel, pratiqué dans le service d'ophtalmologie de Lariboisière, ne révèle aucune anomalie.

Le 20 octobre, légère hémoptysie. L'examen de l'appareil pulmonaire ne permet cependant d'affirmer l'existence d'aucune lésion tuberculeuse.

Le 25 octobre, la malade s'alimente normalement, se lève et demande à quitter l'hôpital.

REVUE DE CHIRURGIE

Plaie pénétrante de l'abdomen, par le Dr Potherat.

Un garçon de quinze ans reçoit une balle de revolver dans la région thoracique du côté droit. Il est amené à l'hôpital; l'interne de garde, ne voyant pas d'urgence à intervenir, attend la visite du chef. Le lendemain matin, M. Potherat voit le blessé, le trouve en assez bon état à son arrivée, mais au cours de sa visite, les choses changent; ce blessé présente des signes non douteux d'hémorragie interne. L'examen du malade ne révèle rien du côté de la poitrine ou du cœur.

Il s'agit donc d'une hémorragie intra-abdominale, bien que l'origine d'entrée corresponde en avant au septième espace intercostal. Le ventre est d'ailleurs rétracté ; il y a de la défense musculaire. M. Potherat fait la laparotomie, nettoie la cavité abdominale remplie de sang et trouve une déchirure de la face inférieure du lobe droit du foie, déchirure de 3 centimètres de longueur.

Il ferme cette ouverture par cinq points de suture. Explorant la face supérieure du foie, il y trouve un petit orifice qui ne saigne pas. L'hémorragie est arrêtée, le ventre refermé, et le malade guérit. La radiographie a montré que le projectile était resté sur la paroi postérieure de l'abdomen, contre la colonne vertébrale.

(*Soc. de Chirurgie.*)

Tumeur mélanique du cou.

M. Morestin présente un malade qu'il a opéré d'une énorme tumeur mélanique du cou. Très beau succès malgré les grandes difficultés de l'opération. (*Soc. de Chirurgie.*)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Effluvation bi-polaire de haute fréquence et de haute tension et tuberculose pulmonaire à différentes périodes, par le Dr Thiellé. — (*Lille.*)

Études intéressantes parues dans les *Annales d'électrobiologie et de radiologie.*

Teneur en chaux de l'expectoration des tuberculeux pulmonaires, par le Dr Sarvonat. — (Poinat.)

Tiré à part où l'auteur établit que chez les tuberculeux cavitaires il y a à la fois diminution de la teneur relative et augmentation de la teneur absolue en calcium. La richesse relative en calcium de l'expectoration au début est peut-être un indice de la décalcification de l'organisme, mais indice bien léger.

Le Village-Sanatorium, par H. Richter, architecte. — (Maloine.)

L'auteur crée un nouveau type de sanatorium populaire s'éloignant complètement de l'hôpital et qu'il dénomme le village-sanatorium.

Thérapeutique de la goutte, par le Dr Rathery. — (*Cons. méd. franç.*) — (Poinat.)

Traitement abortif de l'urétrite blennorragique par les injections, par le Dr Carles. — (*Cons. méd. franç.*) — (Poinat.)

La statistique du cancer, par le Dr Ledoux-Lebard. — (Alcan.)

Intéressant travail documenté. Le même auteur publie la *Revue du cancer* chez Alcan. Nous lui souhaitons longue vie et prospérité.

Le travail à domicile et l'hygiène, de Marié-Davy.

Tiré à part du Congrès du travail à domicile.

Technique chirurgicale moderne, par le Dr Yelverton Pearson (2e éd.). — John Bale sons and Danielsson (en anglais).

Agenda du photographe (Mendel). Ouvrage pratique, 17e année : son succès va toujours grandissant. Il contient nombre de procédés utiles et une liste de 10.000 amateurs.

CARNET DU PRATICIEN

Otite moyenne aiguë

Résorcine	0 gr 15
Stovaïne	0 gr 20
Glycérine	30 grammes

Verser VI à VIII gouttes tièdes dans l'oreille toutes les deux heures. Georges Laurens.

Boulettes odontalgiques

Menthol	2 grammes
Racine de pyrèthre	2 —
Résine de gaïac	2 —
Cire jaune fondue	4 —
Essence de café pur	X —

Mêlez et faites une masse que vous diviserez en pilules de trois centigrammes roulées dans de la poudre de girofles.

Péritonite tuberculeuse

Les traitements chirurgical, médico-chirurgical, hygiéno-diététique peuvent être employés suivant les indications.

Le traitement chirurgical, c'est la laparotomie. Le traitement médico-chirurgical consiste dans la ponction simple ou suivie d'injections modificatrices (eau boriquée, sublimé, éther iodoformé, eau phéniquée). Inutile de recourir à ces agents irritants ou toxiques. L'eau bouillie est d'ordinaire suffisante.

On peut même simplifier la méthode et, au lieu d'un liquide, injecter de l'air stérilisé. L'acide carbonique, l'oxygène pur ont été employés dans le même but.

Quant aux rayons X, à la déchloruration, ils n'ont fourni, dans l'espèce, que des résultats précaires.

On réussit souvent avec le simple traitement hygiénique : repos, air, alimentation raisonnée (et non suralimentation), où les végétaux et les pâtes entrent dans la proportion de 2/3, et les matières animales dans la proportion de 1/3. Parmi les matières animales, on réservera une place à la viande crue et aux viandes gélatineuses. La viande crue ne se donnera pas au-dessus de 100 grammes par jour; on la fera prendre entre deux tranches de jambon, qui seront renfermées elles-mêmes entre deux tranches de pain beurré. Ou bien on fera griller devant le feu des boulettes de viande crue tenues au bout d'une fourchette, ou bien on servira la viande crue dans le bouillon coloré avec de la purée de carottes ou bien l'on incorporera la viande crue tout simplement à de la confiture de groseilles. Les viandes gélatineuses (pied de veau) offrent l'avantage de diminuer la consommation de l'albumine de l'organisme. On les prescrira à côté de la viande crue.

L'appétit sera réveillé par l'emploi de la macération de quassia amara (macération de 1 gr. 50 de copeaux dans 1/2 verre d'eau à jeun), et de la teinture de noix vomique (XII gouttes avant les repas de midi et du soir). Pour faciliter la digestion, on usera de la pepsine (1 gramme après les repas), ou de la maltine (0 gr. 10 après les repas), ou donnée sous forme de bière de malt, ou de la pancréatine (en pilules kératinisées de 0 gr. 10). Si les digestions sont bonnes, l'huile de foie de morue sera utile aux doses de 1, 2, 3 cuillerées par jour. L'état général sera remonté par les injections de cacodylate de soude (5 centigr. huit jours de temps : interrompre huit jours et reprendre huit jours). Le séjour au bord de la mer est à recommander.

Les douleurs seront calmées par l'application de liniments ou de pommades calmantes :

Axonge	30 grammes
Extrait thébaïque	2 —
— de belladone	4 —

On emploiera également les badigeonnages de teinture d'iode et les compresses imbibées d'eau fraiche ou d'eau salée (220 grammes de sel par litre, ou eaux-mères de Salies ou de Biarritz). En couvrir la paroi abdominale, entourer de coton de taffetas gommé, à garder toute une nuit ou une partie de la nuit.

La ponction sera pratiquée si le liquide devient trop abondant. On la fera suivre d'un badigeonnage de teinture d'iode ou de collodion et d'une compression méthodique.

Si le liquide se reproduit, la ponction sera suivie d'une injection modificatrice d'eau bouillie. Un mieux ne se produisant pas, on confiera le malade au chirurgien, en vue d'une laparotomie.

A. Robin.

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 17.500 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 33, rue J.-J. Rousseau

Le Gérant : Docteur Lucien-Graux.

VILLES DE SAISON

CE QUI SE PASSE

Les stations thermales.

Le groupe interparlementaire qui a pris en mains les intérêts de nos stations thermales et climatériques, pour les mettre en état de lutter utilement contre l'inquiétante concurrence de leurs rivales allemandes, s'est réuni au Sénat sous la présidence de M. Astier, sénateur de l'Ardèche.

La question de la cure-taxe a été étudiée d'abord et le groupe, après avoir pris connaissance de la lettre de M. Maringer, directeur au ministère de l'Intérieur, a décidé de faire immédiatement les démarches nécessaires pour arriver à la prompte publication du décret d'administration publique, qui rendra possible l'application de la loi, et permettra, dès la saison prochaine, à toutes nos stations, de posséder enfin les ressources budgétaires qui jusqu'ici leur manquent totalement pour faire les perfectionnements et embellissements susceptibles d'attirer l'étranger.

ÉCHOS

La réforme du concours de médecin des hôpitaux.

Le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique,

Vu la loi du 10 janvier 1849 et celle du 7 août 1851;

Vu l'avis émis par le Conseil de surveillance dans sa séance du 23 juin 1910 relativement à une réglementation nouvelle du concours pour la nomination aux places de médecin des hôpitaux.

Arrête :

ARTICLE PREMIER. — Les articles ci-après du recueil des dispositions réglementaires concernant le service de santé sont revisés et remplacés par les nouveaux articles dont la teneur suit :

ART. 198. — Le nombre des places de chirurgien, d'accoucheur, d'ophtalmologiste, d'oto-rhino-laryngologiste, de dentiste-adjoint ou de pharmacien ne peut excéder trois pour chaque concours.

En ce qui concerne les médecins, il ne peut être ouvert par an qu'un seul concours destiné à pourvoir au nombre de places fixé par l'administration suivant les besoins, au début de chaque année.

ART. 200. — Le jury du concours pour les places de médecin des hôpitaux se compose de 12 membres : 11 médecins, 1 chirurgien, si le nombre des places à pourvoir est égal ou supérieur à 3; de 10 : 9 médecins et 1 chirurgien si le nombre des places est de 2.

Ces membres sont pris parmi les médecins et chirurgiens chefs de service des hôpitaux et hospices en exercice et honoraires, ainsi que parmi les médecins et les chirurgiens des hôpitaux non encore titularisés comme chefs de service, mais exerçant leurs fonctions depuis huit années, à compter du 1er janvier qui aurait suivi leur nomination.

ART. 201. — Les épreuves du concours pour les places de médecin des hôpitaux sont réglées comme suit :

Epreuves d'admissibilité

1° Une *épreuve écrite* comportant deux compositions, l'une sur une question de clinique, l'autre sur une question d'anatomie pathologique et de bactériologie.

Ces deux compositions sont faites le même jour; il est accordé quatre heures, la première heure étant toutefois consacrée à la réflexion et à l'élaboration des compositions définitives.

Ces notes ne peuvent être écrites que sur un cahier de papier de couleur spéciale remis aux candidats au début de la séance. Une heure après les candidats reçoivent deux cahiers de papier de couleurs différentes; ils ont trois heures pour rédiger leurs compositions.

Les compositions devront être écrites à l'encre et ne porter ni signature ni signe distinctif.

L'anonymat est assuré au moyen du procédé employé par l'administration pour les concours administratifs.

A la fin de la séance, après avoir inscrit dans l'angle de la copie leur nom sur lequel ils rabattent la partie opaque gommée, les candidats viennent apporter leur brouillon et leurs compositions au membre du jury surveillant qui pointe le nom du déposant sur une liste dressée par ordre alphabétique; les copies sont placées dans des boîtes scellées; quant aux brouillons, ils sont mis également sous scellés et détruits par les soins de l'administratin à la fin de l'épreuve.

Pour entendre et juger les copies, le jury se constitue au moyen d'un tirage au sort effectué en présence des candidats au début de la séance en deux sections chargées de juger, l'une l'épreuve de clinique, l'autre l'épreuve d'anatomie pathologique et de bactériologie.

La lecture est faite, en séance privée, par les membres du jury; les copies sont numérotées dans l'ordre des lectures.

A la fin de chaque séance, les notes sont votées après délibération et inscrites au-dessous du numéro de la copie par le représentant de l'administration. Une fois les lectures terminées, les deux sections du jury se réunissent en séance publique pour procéder à l'identification des copies et au relevé des points attribués à chacune d'elles: ces points sont écrits en toutes lettres.

Seront éliminés à la suite de cette épreuve, la moitié des candidats ayant remis deux copies.

2° Une *épreuve clinique* sur un malade. Il est accordé au candidat dix minutes pour l'examen du malade et dix minutes pour la dissertation orale devant le jury après cinq minutes de réflexion. Seront conservés à la suite de cette épreuve cinq candidats par place à pourvoir.

3° Une *épreuve théorique orale* sur un sujet de pathologie médicale. Il est accordé au candidat quinze minutes pour faire sa leçon.

Seront conservés à la suite de cette épreuve, quatre candidats par place à pourvoir.

Epreuves définitives

1° Une *consultation écrite* sur un malade (diagnostic, pronostic et traitement). Il est accordé au candidat quinze minutes pour l'examen du malade et quarante-cinq minutes pour la rédaction de la consultation : cette dernière est lue immédiatement.

Seront conservés à la suite de cette épreuve un nombre de candidats triple de celui des places à pourvoir.

2° Une *épreuve clinique* sur un malade. Il est accordé au candidat vingt minutes pour l'examen du malade et la réflexion et quinze minutes pour la dissertation orale devant le jury.

Le maximum des points à attribuer pour chacune des épreuves est fixé ainsi qu'il suit :

Epreuves d'admissibilité

Epreuve écrite : 15 points pour chaque composition, soit :

Au total	30 points
Première épreuve écrite	20 —
Epreuve théorique orale	20 —

Epreuves définitives

Consultation écrite	20 points
Deuxième épreuve clinique	20 —

Les points sont votés après délibération et communiqués aux candidats à la fin de chaque séance.

Dans le cas où plusieurs candidats auraient un nombre égal de points, le jury se basera, pour donner la priorité, d'abord sur le plus grand nombre de concours dans lesquels le candidat aura été déclaré admissible, ensuite sur le plus grand nombre de concours dans lesquels il aura été classé *ex æquo* avec les admissibles, puis sur le plus grand nombre de concours auxquels aura pris part le candidat, la notation de ses deux copies acquérant seule à ce dernier le bénéfice d'un concours, afin sur l'ancienneté du doctorat.

Seront déclarés admissibles les candidats ayant subi avec succès les trois premières épreuves.

Un titre leur conférera le privilège de passer à point égal avant les autres candidats dans les concours ultérieurs; ils perdront toutefois ce privilège s'ils ne se soumettent pas à l'obligation de participer avec les médecins des hôpitaux au service des remplacements pendant la période des vacances.

Au cas où deux ou plusieurs candidats se trouveraient à la fin des épreuves classés *ex æquo* pour la ou les dernières places, ces candidats subiront une épreuve supplémentaire qui consistera en une épreuve clinique sur un malade, épreuve pour laquelle il sera accordé aux candidats dix minutes d'examen, cinq minutes de réflexion et dix minutes d'exposition.

Dispositions transitoires. — Par mesure transitoire, les candidats qui, déclarés antérieurement deux fois admissibles, étaient pendant cinq ans, à dater de la seconde admissibilité, dispensés du concours dit d'admissibilité, pourront continuer à bénéficier de leur privilége pendant les années où ce dernier leur était concédé, mais sans que le fait de prendre part à un ou plusieurs concours constitue pour eux une ou plusieurs admissibilités supplémentaires.

S'ils préfèrent ne pas s'exposer à être éventuellement primés par les candidats qui auraient acquis plus de deux admissibilités, ils auront la faculté de renoncer à leur privilège, afin de gagner de nouvelles admissibilités; mais, en ce cas, ils ne pourront prendre part aux épreuves définitives que s'ils ont été chaque fois déclarés admissibles à la suite des trois premières épreuves. Une seule renonciation implique l'abandon définitif du privilège acquis sous le régime du règlement antérieur.

Pendant cette période transitoire, les admissibles de l'ancien régime viendront s'ajouter au nombre d'admissibles déterminé par le nouveau règlement. Par suite, la cote sera pendant la durée maxima de cinq ans ramenée à 0 après les trois premières épreuves, les deux dernières devant seules décider des nominations.

Quant aux candidats qui n'avaient obtenu sous l'ancien régime qu'une admissibilité, ils devront subir toutes les épreuves du concours; mais, s'ils sont déclarés à nouveau admissibles, ils auront pendant cinq ans, à partir de la date de leur admissibilité antérieure, un droit de priorité sur les candidats qui obtiendraient dans les concours du nouveau régime du nombre égal d'admissibilités; ils passeront toutefois après les candidats ayant acquis dans ces concours un plus grand nombre d'admissibilités.

REVUE FINANCIÈRE

Un mouvement léger de réaction s'est manifesté sur le marché la semaine dernière. Il a contribué à assainir le marché. Il semble d'ailleurs toucher à sa fin, d'autant plus que l'argent est abondant et que la Banque d'Angleterre a abaissé de 4 1/2 0/0 à 4 0/0 le taux de son escompte.

Il faut signaler le désarroi sur la Rente produit par la condamnation de deux coulissiers à la Rente pour immixtion dans les fonctions d'agents de change en dépit du *modus vivendi* qui régit les relations entre le parquet et la coulisse.

Les Banques sont toujours favorisées : Crédit Lyonnais, Société Générale, Union Parisienne montent. Par contre, la Banque de France, dont les socialistes demandent la suppression du privilège en 1912, et la Banque de l'Algérie dont la question de privilège pourrait bien se poser également cette année même, fléchissent.

La Banque Russo-Asiatique qui est née de la fusion de la Russo-Chinoise et de la Banque du Nord, figure à la première partie de la cote depuis fin janvier.

Le Nord et le Lyon sont en réaction.

Le Nord-Sud s'améliore sensiblement; on se demande pourquoi vraiment!

Les Sucreries d'Egypte sont en amélioration. L'action ordinaire notamment, vient de passer de 86 fr. à 97 fr. et elle va certainement obtenir des cours meilleurs. Il est proposé 5 fr. pour les actions privilégiées et 2 fr. pour les actions ordinaires.

Le Rio-Tinto est en baisse sensible.

Les Charbonnages se ressentent de l'amélioration des transports. On parle beaucoup du groupe de Marles dont on fait ressortir l'augmentation de l'extraction, et de Bruay dont l'ouverture prochaine d'une nouvelle fosse ne peut qu'influencer favorablement la marche de l'entreprise.

A Bruxelles, on vante les vingtièmes de parts des Constructions du Nord de la France qui, à 395 fr., semblent devoir obtenir une large plus-value.

A.-S. WEILL.

82e Année (Série XIIIe) — N° 80 | Le Numéro : 25 Centimes | Mercredi 8 Février 1911

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

Abonnements et Vente au Numéro
Librairie Médicale J. ROUSSET
1, Rue Casimir-Delavigne
PARIS

ABONNEMENTS :

Paris et Départements	10 fr.
Union postale.........	15 fr.
Edition Espagnole....	10 fr.
Edition Portugaise....	10 fr.

Les Abonnements partent du 1er Janvier

DIRECTION & RÉDACTION
11 bis, Rue Villebois-Mareuil, PARIS
DIRECTEUR :
Dr LUCIEN GRAUX
Lauréat de l'Institut

Ancienne *Gazette de Santé*
(139e Année)

Hors concours, Membre du Jury
Exposition franco-britannique 1908
Vice-Prés. Expos. Bruxelles Cl. 16

ÉCHOS

L'Hôtel de la Gazette

Nous sommes heureux d'annoncer à nos lecteurs qu'au moment où nous donnons le bon à tirer de ce numéro, *la Gazette médicale de Paris* vient d'acheter un hôtel confortable où elle va pouvoir enfin installer tous ses services actuellement dispersés et qui lui sera exclusivement réservé. La progression très rapide de notre journal nous faisait une nécessité de cet achat qui, en nous assurant beaucoup de place, va nous permettre de donner à notre chère *Gazette* toutes les améliorations que nous avons l'intention de réaliser. La *Gazette* prendrait possession de son immeuble à la fin d'avril.

A l'Académie.

Nous apprenons avec le plus grand plaisir la nomination du Dr Sébileau, chirurgien des hôpitaux, comme membre de l'Académie de médecine. On se rappelle que le Dr Sébileau a été autrefois rédacteur en chef de la *Gazette médicale de Paris*.

L'Exposition de Tunis.

L'exposition de Tunis s'annonce comme un très grand succès. Elle va s'ouvrir à Pâques et, dès maintenant, les préparatifs sont activement poussés.

M. Fallières, président de la République, l'inaugurera le 17 avril. Les principaux ministres ont donné leur patronage à l'exposition qui est, en outre, subventionnée par les pouvoirs publics.

Nous engageons très vivement nos lecteurs à s'adresser au commissariat, 9, rue Casimir-Périer, Paris, pour obtenir tous renseignements. Les pharmaciens peuvent écrire au président de la classe, le Dr Leprince. Nous serions heureux de voir un grand nombre de médecins participer à la bibliothèque collective médicale en adhérant à l'exposition. On leur a fait des conditions très avantageuses : 10 francs le premier volume et 5 francs chacun des suivants. Aucun autre frais et tous les avantages réservés aux exposants (demi-tarifs, etc.)

Nous transmettrons toutes les demandes qui nous parviendraient.

Inutile de dire que cette exposition est faite comme celles de Londres et de Bruxelles, sans aucun but intéressé pour les organisateurs qui sont des exposants et non des professionnels. Le Gouvernement est favorable, nous le savons, à cette œuvre très française et nous sommes certains d'un accueil très chaleureux à Tunis où de grandes promesses nous sont faites.

Pour la reproduction des manuscrits à peintures.

Une Société vient de se fonder à Paris pour assurer la reproduction des plus beaux manuscrits à peintures conservés dans les dépots publics de la France et de l'étranger. Elle se propose ainsi de combler une lacune sur l'importance de laquelle il est à peine besoin d'insister. Il suffit de rappeler combien fut vif l'émoi que jeta dans le monde des artistes et des savants la nouvelle de l'incendie de la *Biblioteca nazionale* de Turin en 1904. Aussi bien le vœu fut-il, par la suite, émis à diverses reprises, que les manuscrits les plus précieux fussent photographiés afin d'être préservés de disparition complète en cas de désastre.

C'est précisément ce qu'entreprend la Société française de reproduction des manuscrits à peintures. Elle prend l'initiative de constituer par des procédés photo mécaniques appropriés, un vaste *corpus picturarum manuscriptorum codicum* et d'assurer ainsi la conservation des plus magnifiques spécimens de la peinture au moyen âge; sans oublier les manuscrits persans à miniatures dont la beauté passionne de nombreux amateurs.

Indiquons en terminant que son président est M. le baron Eugène Fould-Springer, que ses vice-présidents sont MM. Emile Picot et Henri Omont et son secrétaire M. le comte Alexandre de Laborde, 81, boulevard de Courcelles, Paris.

Mobiliers médicaux

M. Cerf, 68, rue du Faubourg Saint-Antoine, Paris. Tél. : 923.10, possède un magasin de mobiliers spéciaux pour médecins (Cabinets de travail et salons d'attente, etc.). Devis et tous renseignements gratuits aux lecteurs de la *Gazette Médicale de Paris*.

Ve Congrès international de thalassothérapie.

Il se tiendra à Kolberg, du 5 au 8 juin 1911, sous la présidence du Dr Martius, de Rostock.

ÉCHOS

Distinctions honorifiques.

Sur la proposition du gouvernement royal hongrois, l'empereur-roi vient de conférer la plaque de grand-officier de l'ordre de François-Joseph au professeur Landouzy doyen de la Faculté de médecine de Paris, président du comité de patronage des étudiants hongrois en France.

— L'empereur de Russie a conféré la plaque de grand-officier de l'ordre de Saint-Stanislas à M. le professeur Raphaël Blanchard, et la croix de chevalier de Sainte-Anne au Dr A. Robert, chef des travaux de zoologie à la Sorbonne.

Six métaux nouveaux.

Dans une conférence faite à la réunion générale des chimistes allemands, le Professeur Muthmann a informé l'assemblée que le Dr Auer, de Welsbach, est parvenu à séparer le terbium et le thalium en deux éléments, le dyprosium et le gadolinium en trois éléments distincts. Le nombre des éléments appartenant au groupe des terres rares est donc passé de 16 à 22.

POSTES MEDICAUX

DEMANDES

Il n'est donné de réponses que par lettres.

Docteur reprendrait dans grande banlieue de Paris. poste faisant 15 à 20.000 touchés, paierait tout comptant. (444)

Docteur reprendrait la suite d'un confrère faisant 10 à 12.000, région de l'Ouest. Vendée de préférence. (450)

Médecin militaire, retraité, 2 galons, cherche situation dans sanatorium, clinique ou maison de santé sérieuse; dispose de 35 à 40.000 comptant. (455)

Docteur, ancien interne, succèderait dans poste sérieux, exclusivement de chirurgie. Paris ou préfecture, dispose d'un fort comptant. (487)

Docteur prendrait immédiatement poste médecine générale, faisant de 15 à 20.000 touchés. Région de l'Est de préférence. (497)

Médecin de la Marine, retraité, disposant d'un fort comptant, cherche clientèle, exclusivement de consultations, Paris ou grande ville. (505)

Docteur actif cherche clientèle sérieuse dans quartier de la périphérie, payerait tout comptant. (507)

Ex-interne spécialiste, cherche clientèle d'oto, rhino, laryngologie, dispose d'un fort comptant. (509)

Docteur reprendrait clientèle exclusivement composée d'hivernants; côte d'Azur de préférence. (523)

Docteur prendrait de suite poste médecine générale, Paris ou Lyon de préférence, dispose d'un comptant élevé. Pressé. (527)

Docteur jeune et actif cherche clientèle moyenne. Normandie sous-préfecture. (564)

Docteur spécialiste, nez, gorge, oreilles, cherche clientèle dans Paris, banlieue ou ville de province, payerait moitié comptant et sérieuses garanties. (615)

Docteur cherche situation avec apport n'excédant pas 50.000 dans clinique ou maison de santé sérieuse. (619)

Docteur s'intéresserait à une affaire para-médicale sérieuse, laissant bénéfices non inférieurs à 20.000. (627)

Docteur disposant de 25.000 comptant prendrait poste dans grande banlieue de Paris ou Normandie (645)

Jeune docteur prendrait clientèle donnant 15 à 20.000 dans une région du Centre ou de l'Est payerait demi comptant. (653)

Docteur prendrait suite d'un confrère, Midi, Pyrénées de préférence, ferait au besoin la pharmacie, dispose d'un fort comptant. (657)

On cherche à reprendre en Bretagne ou en Vendée un bon poste d'un rapport de 10 à 15.000 (662)

OFFRES

Nous prions les confrères qui voudraient céder leurs clientèles. maisons de santé, cliniques, etc. et les pharmaciens qui cherchent des commanditaires pour leurs spécialités de nous écrire au Journal.

OUEST. — Sous-préfecture, clientèle choisie, 18 à 22.000 touchés, installation très confortable, toute la maison, jardin, etc., on céderait pour 20.000 dont 10 comptant, complètement transmissible. (845)

ALLIER. — Docteur seul dans commune importante et riche, céderait clientèle, raison de santé. Minimum touché 12.500. Prix 6.000 comptant. (847)

ORNE. — Campagne, région riche, 11.000 touchés, dont 1.500 de fixe; céderait pour 4.000; 1/2 comptant. (849)

PARIS. — Clientèle donnant 14 000 fr. touchés, augmentation certaine avec confrère actif, quartier populeux, appartement confortable, on céderait mobilier à volonté comptant minimum demandé 10.000 (857)

EST. — A céder poste laissant 11 à 12.000, peu de frais, loyer 750 fr., au centre de ville assez importante. (862)

PARIS. — Clientèle rapportant 9.000 dans quartier bourgeois, plein d'avenir, est à céder pour 6.000; moitié comptant; bel appartement; augmentation rapide et certaine. (883)

ORNE. — Poste agréable et d'avenir, 9.000 touchés, à céder pour raisons de famille, indemnité à débattre. (892)

YONNE. — A céder poste de campagne, 7.000 touchés fait la pharmacie, seule condition : suite du bail et achat des produits de la pharmacie. (899)

MARNE. — On céderait poste de 6 à 7.000 touchés susceptible d'augmentation sérieuse. Indemnité y compris auto 2.000 fr. Cause maladie. Pressé. (907)

ALLIER. — Maison de santé très sérieuse, demande docteur associé avec apport à débattre. (909)

SEINE-ET-MARNE. — Seul médecin dans la localité céderait bon poste de campagne donnant 22.000 dont 4 000 de fixes pour 15.000 dont 10.000 comptant, très peu de frais. (918)

CABINET DENTAIRE à céder dans sous-préfecture du Limousin. Recettes 30.000, a fait 50.000, titulaire malade. Prix à débattre. Conditions avantageuses (924)

PARIS. — A céder établissement, agents physiques, très ancienne réputation, bénéfices réguliers et très importants sans aucune publicité. (937)

BONS GRATUITS

Prière d'envoyer ces bons à chaque spécialiste ou éditeur en les collant sur une carte de visite ou une feuille d'ordonnance et en affranchissant à 5 centimes.

ÉCHOS

Marine.

Par décret en date du 17 janvier 1911, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de troisième classe. — MM. Jouin, Cahuzac, Seguy, Scoarnec et Bizard, élèves du service de santé de la marine, reçus docteurs en médecine.

Faculté de Médecine de Paris. *Thèses récompensées pour 1910.*

Médailles d'argent : MM. Aynaud, Bazy (Louis), Bondouy, Brulé, Caraven, Cawadias, Clunet (Jean), Duverger, Guimbellot, Harvier, Lerat, Marsan (Félix), Merle (Pierre), Picot (Gaston), Pinard (Marcel), Rendu (Albert), Tiffeneau, Tinel et Troisier.

Médailles de bronze : MM Boudet (Gabriel), Boyé, Cheuriot, Chevallier (Gabriel), Deniker, du Castel, Fage (Albert), Fayolle, Fonlatier, Hamel (Henri), Labernadie, Laurence, Lebas (Robert), Lebègue (Paul), Le Bras, Lemarchal, Lian, Marq, Monges, Monier Vinard, Ponpardin, Renaud-Badet, Roy (Paul), Sauphar, Sauvé, Violle (Louis).

Mentions honorables : MM. Aubry, Bory (Louis), Chanoine d'Avranches, Delannoy (Jean), Descomps (Paul), Durand (Louis), Gay, Giroux, Laffont, Maingot, Mallein, Nègre, Neveu, Oconl, Paynel, Prieur, Roger, Serin, Vigneron, d'Hencqueville, Willette (Robert).

Sujets à traiter pour les prix de 1911 et 1912. — Prix Saintour pour 1911 : « Pancréatites. »

Prix Corvisart pour 1911 : « Hépatite tuberculeuse. »

Prix Béhier pour 1912 : « Syphilis rénale. »

Infirmerie de Saint-Lazare.

Les Drs Lévy-Bing et Ermenge, viennent d'être nommés médecins de Saint-Lazare; le Dr Lévy-Bing est chargé du service de vénéréologie et dirigera le laboratoire de bactériologie, le Dr Ermenge est chargé du service de médecine générale.

Société de Chirurgie. *Prix décernés en 1910.*

Prix Laborie : Partagé entre M. le Dr Paul Sonrdat (2.000 francs), mémoire sur : « Etude radiographique des tuberculoses osseuses et articulaires. Coxalgie. Tumeurs blanches du genou » ; MM. les Drs Jules et André Boëkel (800 francs), mémoire sur : « Etude sur les fractures du rachis cervical sans symptômes médullaires » ; et M. le Dr Gnibé (500 francs), mémoire sur : « Paralysie du nerf sus-scapulaire ».

Prix Dubreuil : M. le Dr L. Lamy (1.000 francs), mémoire sur : « Résultat orthopédique de l'astragalectomie chez l'enfant. »

A propos des honoraires des médecins.

Un médecin de Bruxelles, M. Huyberechts, avait donné ses soins, l'an dernier, au baron Bayens, qui était atteint de pleurésie; il avait dû opérer des ponctions thoraciques et, après de nombreuses visites, le client avait guéri. Mais la reconnaissance du malade ne survécut pas à sa souffrance et il refusa de payer au docteur les 7.000 francs qu'il réclamait.

Le tribunal de la Seine avait déclaré que les 3.000 francs offerts par le baron Bayens étaient suffisants, mais hier, la 8e Chambre de la Cour d'appel de Paris a estimé que les ponctions de la plèvre étant très délicates, on pouvait les compter à part et que de ce fait, on devait ajouter 1.500 francs à la note de 3.000 francs qui n'avait trait qu'aux visites.

La Cour a donc condamné le baron Bayens à payer au docteur 4.500 francs.

Vente de médicaments par un médecin. Condamnation.

Dans le courant du mois d'avril 1909, MM. David, pharmacien à Montmartin-sur-Mer, et Merlhe-Laroze, pharmacien à Portbail (Manche), ce dernier agissant au nom et en qualité de président du Syndicat des pharmaciens de la Manche, avaient porté plainte contre le Dr Danlos, conseiller général et médecin à Montmartin-sur-Mer. Ils l'accusaient d'avoir vendu à des clients des produits pharmaceutiques.

M. Danlos étant suppléant du juge de paix, avait été déféré devant la Cour d'appel de Caen. Le Syndicat des pharmaciens de la Manche s'est porté partie civile.

A l'audience, M. Danlos a été condamné à 25 francs d'amende, 50 francs de dommages-intérêts envers M. David, pharmacien à Montmartin-sur-Mer, et au franc de dommages-intérêts que réclamait le Syndicat des pharmaciens de la Manche.

Une école de médecine maritime.

Pour répondre à un désir de la représentation nationale, le roi d'Italie vient de décréter la création d'une Académie de médecine, destinée à former des médecins de marine et des médecins coloniaux. La nouvelle école aura son siège à Naples.

La gestion financière au dernier Congrès international de Buda Pest.

Elle a été des meilleures, car elle a laissé un boni de 20.000 couronnes, en chiffres ronds. Le Comité exécutif du Congrès a décidé de consacrer cette somme à la fondation d'un « Prix de Buda Pest », suivant l'exemple donné par les Comités exécutifs des précédents Congrès internationaux de Paris et de Moscou.

Asiles publics d'aliénés de la Seine.

Le lundi 20 mars 1911, à deux heures précises, il sera ouvert à l'asile clinique, rue Cabanis, n° 1, à Paris, un concours pour la nomination aux places d'interne titulaire en médecine dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine (asile clinique, asiles de Vaucluse, Ville-Evrard, Villejuif, Maison-Blanche, Moisselles et l'infirmerie spéciale des aliénés à la préfecture de police).

Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la préfecture de la Seine, service des aliénés, annexe de l'hôtel de ville, 2, rue Lobau, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de dix heures à midi et de deux à cinq heures, du lundi 20 février au samedi 4 mars 1911 inclusivement.

Il pourra être nommé des internes provisoires en nombre égal au nombre des internes titulaires.

Les internes nommés dans l'ordre de classement établi par le jury d'examen entreront en fonction le 1er mai qui suivra l'ouverture du concours.

L'interne provisoire reçoit le traitement et les avantages en nature d'un interne titulaire de première année chaque fois qu'il est appelé à faire un remplacement.

Les internes reçoivent, en outre, une indemnité de déplacement de 300 francs pour Villejuif et de 400 francs pour les asiles de Vaucluse, Ville-Evrard, Mais n-Blanche, et Moisselles.

Les internes appelés à rester en fonctions après leurs trois années d'internat reçoivent un traitement de 1.400 francs pendant la quatrième année et 1.600 francs pendant la cinquième.

Ils continuent, comme pendant les trois premières années, à jouir des avantages en nature ou des indemnités représentatives suivant la situation de l'établissement auquel ils sont attachés.

Ceux de l'infirmerie spéciale des aliénés de la préfecture de police recevront le traitement ainsi que les avantages en nature ou les indemnités représentatives, dans les proportions fixées par la préfecture de police.

A propos de la rachicocaïnisation

Remarques anatomiques sur la région et le canal lombo-sacré

Technique et avantages de la rachicocaïnisation

Par le Dr LE FILLIATRE

Chirurgien de l'Infirmerie centrale des Prisons

Outre l'anesthésie locale et l'anesthésie générale, par l'administration de chloroforme, d'éther ou de chlorure d'éthyle, nous ne pouvons plus nier aujourd'hui qu'il existe un troisième mode d'anesthésie déjà très connu, des plus importants, l'anesthésie rachidienne que tout chirurgien doit savoir pratiquer et qui, entre des mains exercées permet très souvent d'intervenir plus utilement et de sauver son malade alors que l'anesthésie locale ent été insuffisante et que l'anesthésie générale par narcose ne pouvait être pratiquée sans danger, vu l'état général du sujet.

L'anesthésie rachidienne appliquée pour la première fois en Amérique par Corning en 1885, en Allemagne par Bier en avril 1899 et en France par Tuffier en novembre 1899, a pris depuis une extension très grande en France et considérable à l'étranger, en Allemagne principalement. Au Congrès de la Société allemande de chirurgie, n'avons-nous pas vu, en effet, l'an dernier cette question traitée très longuement par nombre de chirurgiens allemands qui, comme Bier de Berlin et Rehu de Francfort, avaient apporté des statistiques de 1.500, 2.000 cas et plus? Toutes étaient à l'avantage de la méthode, sauf quelques ratés d'anesthésie ou quelques accidents passagers dus, soit à des vices de technique, soit aux médicaments employés.

Loin de moi l'idée de passer ici en revue les techniques suivies jusqu'à ce jour, préférant laisser marquer par le temps et l'observation clinique la valeur réciproque de chacune d'elles, en faisant toutefois déjà remarquer que les insuccès de certaines d'entre elles ont suffi pour faire condamner très injustement les autres et amener une partie du corps médical à jeter trop précipitamment un discrédit sur une méthode d'anesthésie précieuse, des plus utiles, que l'on aurait voulu condamner pour ne l'avoir pas assez étudiée.

Si, comme mes collègues, j'ai dû autrefois abandonner la technique de Tuffier à cause des accidents qui s'ensuivaient, accidents passagers, il est vrai, mais qui, souvent, n'étaient pas sans me causer certaines inquiétudes, à la suite de faits cliniques observés et d'expériences faites sur les animaux, je suis arrivé, bientôt après, à être pleinement convaincu que l'*hypertension seule du liquide céphalo-rachidien* était l'unique cause des accidents observés (céphalée, hyperthermie, troubles circulatoires et respiratoires, vomissements, etc.). Aussi, en novembre 1901, je reprenais ce principe d'anesthésie en adoptant cette fois une technique de rachicocaïnisation avec *évacuation préalable nécessaire et suffisante* de liq ide céphalo-rachidien. Depuis 9 ans passés que je pratique cette évacuation, base de ma technique, j'ai opéré depuis ce jour près de 2.000 malades tant dans ma clientèle que dans mon service de l'Infirmerie Centrale des Prisons. En 1909, au *XVIe Congrès International de Médecine de Buda-Pesth*, je présentai une statistique de 1693 cas de rachicocaïnisations; en 1910 au Ve Congrès International de Gynécologie tenu à St-Pétersbourg, j'ai présenté une série de 546 interventions gynécologiques avec anesthésie par rachicocaïnisation dont 61 hystérectomies abdominales.

Parmi tous ces cas de rachianesthésie, j'ai à ce jour 111 opérés qui ont été rachicocaïnisés jusqu'à 2, 3 et même 5 fois : telle une jeune femme infectée atteinte de suppurations multiples et successives que j'ai du reste présentée ainsi que quelques autres après guérison. Il y a 4 ans environ à mes collègues de la Société médicale du IXe arrondissement de Paris, et qui, rachicocaïnisée par 5 fois à quelques semaines de distance, il y a plus de 7 ans d. cela, se porte aujourd'hui à merveille, travaillant plus que jamais à la culture, sans avoir jamais ressenti depuis aucun trouble, pas même la moindre douleur dans les membres inférieurs.

Avant de vous retracer ici ma technique, avec les quelques modifications que j'y ai apportées, permettez-moi d'insister plus particulièrement sur quelques remarques anatomiques, portant sur la région et le canal lombo-sacré.

REMARQUES ANATOMIQUES. — Comme l'a écrit Tuffier dans son livre : *La rachicocaïnisation* (Naud 1904) « le seul endroit où les injections lombaires puissent se faire sans danger de blessure pour la moelle correspond à l'espace qui s'étend entre la deuxième vertèbre lombaire et la deuxième vertèbre sacrée. Dans toute cette hauteur, en effet, le sac arachnoïdo-dural est vide de moelle et ne contient que les nerfs de la queue de cheval, nerfs flottants et mobiles, qui peuvent fuir sons l'aiguille et dont la piqûre n'entraîne d'ailleurs aucune conséquence fâcheuse ». Néanmoins, je crois qu'il est plus sage d'éviter de piquer un nerf quelconque de la queue de cheval.

Pour supprimer cet inconvénient et afin d'avoir peut être plus de facilité pour la ponction, nous avons étudié cette région sur les coupes représentées sur les figures 1, 2 et 3.

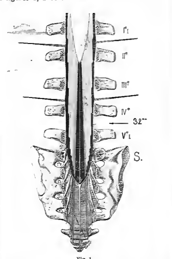


Fig 1.

Fig. 1. — Coupe transversale passant entre les apophyses transverses ou costiformes et les apophyses articulaires supérieures des vertèbres lombaires de façon à trancher le pédicule à ce niveau et permettant d'enlever les apophyses épineuses avec les lames et les apophyses articulaires, et tranchant la paroi postérieure du canal sacré de façon à mettre à jour le canal et les trous sacrés antérieurs, sur cette planche la dure mère seule a été incisée au ras de la coupe et l'on a respecté la partie de la paroi postérieure du canal arachnoïdien constitué à ce niveau par l'arachnoïde accolée au filum terminale *G* et aux nerfs de la queue de cheval; tous ces éléments sont, en un mot, représentés comme projetés sur la face antérieure du canal arachnoïdien. — *S.* Sacrum. — Ie L, IIe, IIIe, IVe, Ve L. Vertèbres lombaires. — *f.* Filum terminale.

Ces coupes ont été dessinées sur des sujets mis à ma disposition à l'asile de Villejuif par les Drs Marie et Pactet et sont rendues aussi exactement que possible pour tout ce qui concerne la cavité arachnoïdienne.

Sur la figure 3, représentant une coupe transversale passant au-dessus de la cinquième vertèbre lombaire, nous remarquons un triangle presque équilatéral à base antérieure et à sommet postérieur qui n'est autre que la coupe du canal rachidien à ce niveau.

Les bords de ce triangle sont formés par la paroi osseuse du trou vertébral de la cinquième lombaire tapissée à ce niveau par la dure-mère (*m*) doublée elle-même, sur sa face interne, par l'arachnoïde (*a*) dont elle n'est séparée seulement sur les faces latérales que par la cinquième paire lombaire (5e PL), les première, deuxième, troisième, quatrième, cinquième paires sacrées et les première et deuxième paires coccygiennes, et au sommet du triangle par le filum terminal de la moelle (*f*). Ces nerfs de la queue de cheval sont comme placés les uns derrière les autres, d'avant en arrière, et de debors en dedans sur un même plan et adossés à la dure-mère contre laquelle ils sont appliqués par l'arachnoïde qui leur forme à chacun une gaine séreuse propre, sans cependant leur constituer un véritable méso leur permettant une mobilité quelconque dans cet espace arachnoïdien.

Au niveau du filum terminal, l'arachnoïde, après s'être séparée de la dure-mère se comporte vis-à-vis de celui-ci de la même façon qu'au niveau des paires rachidiennes. Cette disposition de l'arachnoïde vis-à-vis des nerfs de la queue de cheval est une constante depuis la troisième espace lombaire jusqu'à l'extrémité du cône dural.

Au-dess s du troisième espace, l'arachnoïde forme à chacun des nerfs de la queue de cheval un méso d'autant plus marqué que l'on se rapproche davantage de la terminaison de la moelle.

Nous voyons en somme facilement maintenant que depuis le troisième espace intervertébral jusqu'au sommet du cône dural, il existe, à quelque niveau qu'on l'envisage, un espace relativement assez vaste, de forme triangulaire, dont la paroi interne se trouve formée par les méninges, les nerfs de la

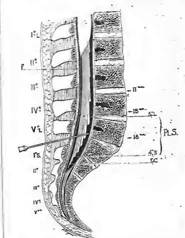


Fig. 2. — Coupe antéro-postérieure de la région lombo sacrée, parallèle. presque tangente aux faces latérales droites des apophyses épineuses. — Ie4. IIe, IIIe, IVe, Ve4. Vertèbres lombaires. — Ies, IIe. IIIe, IVe, Ve3. — Vertèbres sacrées. — 5e *pL.* 5me paire lombaire. — 4e *pS.* 4e paire sacrée. — 1e *pC.* 1e paire coccygienne. — *Pl. S.* Plexus sacre.

queue de cheval et le filum terminale; cet espace véritable lac est rempli normalement par du liquide céphalo-rachidien; son diamètre, au niveau de sa paroi antérieure, est constant jusqu'au milieu de la première vertèbre sacrée : 32 millimètres en moyenne (Fig. 1); son diamètre antéro-postérieur (Fig. 2) varie suivant la hauteur, il est de 11 millimètres en moyenne au niveau de la troisième vertèbre lombaire, de 15 millimètres au niveau de la quatrième vertèbre

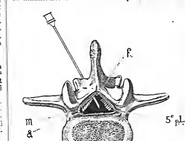


Fig. 3. — Coupe transversale passant au-dessus de la Ve vertèbre lombaire. — *a.* arachnoïde. — *m.* Dure-mère. — *F.* Filum terminale. — 5e *pL.* 5e paire lombaire.

lombaire et de 17 à 18 millimètres au niveau de la cinquième vertèbre lombaire. Ces diamètres sensiblement les mêmes chez tous les sujets adultes représentent la moyenne prise sur 7 sujets. Dans le sens vertical, ce lac (Fig. 2) part du premier espace lombaire pour s'arrêter à peu près à hauteur de l'union des deuxième et troisième vertèbres sacrées. Au sujet de sa limite inférieure, nous n'avons jamais rencontré l'anomalie décrite par Cathelin où le cône dural se terminait au niveau de l'articulation sacro-lombaire et dans le grand nombre de rachicocaïnisations que nous avons pu pratiquer jusqu'à ce jour, nous avons toujours pu et avec succès faire la ponction au niveau de l'espace lombo-sacré.

Les nerfs de la queue de cheval au niveau de ce lac traversent successivement la dure-mère, pour aller former les plexus lombaire, sacré et sacro-coccygien. Aussi, au fur et à mesure que nous descendons, les parois postéro-latérales de ce lac (Fig. 2) présentent des nerfs de la queue de cheval de moins en moins nombreux.

Sur la planche 2 comme sur la planche 3, nous voyons en effet qu'au niveau du quatrième espace en incli-

nant un peu plus son aiguille dans le sens transversal on peut facilement arriver à toucher la cinquième paire lombaire du côté opposé (première branche du plexus sacré), ce que le malade accuse aussitôt par une douleur dans le membre du côté opposé suivi du cri classique : « Oh ! ma jambe. » Dans le cinquième espace, au contraire, la cinquième paire lombaire n'existe plus et les autres branches du plexus sacré sont déjà suffisamment latérales et postérieures pour qu'il nous soit impossible de les toucher, même en inclinant fortement notre aiguille en dehors. Remarquons encore ici, qu'en faisant la ponction non pas sur la ligne médiane, dans le sens postéro-antérieur, mais suivant une inclinaison de 35 à 40° en dehors du plan vertical antéro-postérieur, il nous sera impossible également de léser le filum terminale de la moelle. Enfin, sur toute l'étendue du lac lombaire, il n'existe plus de cloisonnement conjonctif, les prolongements conjonctifs antérieurs et postérieurs et les ligaments dentelés qui reliaient la surface de la moelle à la dure-mère n'existant plus depuis la deuxième vertèbre lombaire.

Si au niveau de la cinquième vertèbre lombaire (Fig. 2), le lac formé par l'arachnoïde nous présente son maximum de développement, nous voyons également sur le squelette que l'espace lombo-sacré (Fig. 4) nous présente un champ opératoire beaucoup plus large que celui des troisième et quatrième espaces lombaires intervertébraux. L'espace lombo-sacré présente, en effet, entre ces deux articulations sacro-lombaires un diamètre de 36 à 38 millimètres, tandis qu'au niveau du quatrième espace, le diamètre transverse pris entre les apophyses articulaires inférieures de la quatrième vertèbre lombaire ne présente que 28 millimètres, c'est-à-dire un centimètre de moins et que le diamètre transverse du troisième espace, n'est que de 26 à 27 millimètres. Dans le sens vertical, l'espace lombo-sacré est encore bien plus large que les deux espaces supérieurs et cela d'autant plus que non seulement il n'existe pas sur le sacrum d'apophyses épineuses du volume des apophyses épineuses lombaires, mais qu'au contraire le bord inférieur de cet espace, au lieu d'être très légèrement convexe comme dans les espaces supérieurs se trouve fortement concave, presque en forme de V, terminé à son sommet par un tubercule à peine marqué. Ce tubercule, quelquefois bifide comme sur le dessin de la planche n° 4 fait alors communiquer l'espace lombo-sacré avec le premier espace sacré quand ce dernier existe. En outre, nous devons encore faire observer pour ceux qui pratiquent à tort la ponction sur la ligne médiane (Fig. 2) que l'espace qui sépare la quatrième apophyse épineuse de la cinquième apophyse épineuse lombaire est de deux fois et demie à trois fois moins grand que l'espace séparant la cinquieme apophyse épineuse du bord supérieur et postérieur du canal sacré.

Fig. 4

Pour toutes ces considérations anatomiques, nous avons choisi comme lieu d'élection pour la ponction l'espace lombo-sacré :

1° Parce que, à son niveau, le lac formé par l'arachnoïde présente son maximum d'étendue dans le sens postéro-antérieur, 18 millimètres environ;

2° Parce que, à son niveau, nous ne risquons pas de léser la première branche du plexus sacré c'est-à-dire la cinquième paire lombaire;

3° Parce que, à son niveau, si nous plaçons une canule à drainage, nous ne risquons pas de léser les nerfs de la queue de cheval avec l'extrémité de la canule ou du trocart;

4° Parce que, à son niveau, la ponction est beaucoup plus facile, le champ opératoire étant plus étendu, et dans le sens vertical et dans le sens transversal.

Nous comprenons facilement maintenant que cet espace arachnoïdien lombaire d'habitude envisagé suivant les classiques (Bourgery et Jacob, Sappey, Testut, Poirier, etc.) comme rempli par les nerfs de la queue de cheval avec le filium terminale au centre, ne renferme pas d'éléments nerveux flottants dans sa cavité proprement dite, mais simplement sur ses parois postéro-latérales. Les nerfs mobiles dont parle Tuffier dans sa technique de rachicocaïnisation ne sauraient donc exister. Cet espace n'est anatomiquement rempli au centre que par du liquide céphalo-rachidien; c'est un véritable lac que nous proposons d'appeler *lac arachnoïdien lombaire*.

Technique. — La technique que j'emploie est des plus simples :

Comme objets nécessaires, vous les trouverez dans ma boite à rachicocaïnisation (1). Ces objets, en nombre suffisant pour deux rachicocaïnisations, sont livrés stérilisés dans un écrin et comprennent *deux aiguilles en platine* de 12 centimètres de long et de 1 millimètre de diamètre, pour la ponction, *deux aiguilles plus courtes* pour charger la seringue, *deux seringues en verre* de 3 c.c., *cinq ampoules de notre solution fraiche* de cocaïne, au 1/50, stérilisée entre 120 et 130° sous ampoules fermées pendant une demi-heure, sans décomposition de la cocaïne, enfin une *éprouvette graduée* de 30 c.c. pour recueillir le liquide céphalo-rachidien.

Le *manuel opératoire* est facile. Le malade, purgé la veille et ayant pris le matin du jour de l'opération une tasse de café et un jaune d'œuf, est assis soit sur une table d'opération, soit sur une chaise, ou couché sur le côté, si l'état du malade l'exige. Après lavage et savonnage de la région sacro-lombaire et apres avoir frictionné cette région avec des compresses stérilisées imbibées tour à tour d'une solution d'oxycyanure de mercure à 1/2000 d'alcool et d'éther, vous vous assurez que votre malade est dans la position voulue pour la ponction.

a) *Si le malade est assis*, vous lui demandez d'arrondir le dos, les mains reposant sur les cuisses à l'union du tiers antérieur avec les deux tiers postérieurs, les pouces en dedans. Dans cette position vous trouverez facilement l'espace sacro-lombaire.

b) *Si le malade est couché*, un bon moyen pour lui faire arrondir le dos est de lui passer une serviette assez longue sous les jarrets, de venir prendre le cou avec les deux chefs et de la nouer sous la nuque.

c) Pour *repérer l'apophyse épineuse de la cinquième lombaire*, on détermine, comme le fait Tuffier, l'apophyse épineuse de la quatrième lombaire, qui se trouve située au point de rencontre de la ligne épineuse et d'une ligne transversale réunissant les sommets des deux crêtes iliaques. Cette apophyse trouvée, repérez-la de l'index de la main gauche, dont le pouce rencontrera facilement au-dessous l'apophyse épineuse de la cinquième vertèbre lombaire.

d) *Pour ponctionner*, piquer à 2 centimètres environ à droite, en bas et en dehors de la cinquième apophyse en tenant l'aiguille presque horizontale et inclinée de 45° environ sur le plan vertical antéro-postérieur.

e) *Pour la détermination de la quantité* du liquide à retirer, conformez-vous à la règle suivante : pour un malade chez lequel le liquide s'écoule goutte à goutte, vous retirez 10 c.c. avant de pousser l'injection; pour les malades où le liquide s'écoulera en jet, vous attendrez que le liquide tombe goutte à goutte avant de retirer la quantité constante de 10 c.c., et si vous voulez obtenir l'analgésie de la partie supérieure de l'individu, sûrement du cou et du tronc, retirez encore 5 c.c. en plus de liquide céphalo-rachidien, en vous rappelant toutefois qu'il est suffisant d'évacuer 30 c.c. de liquide céphalo-rachidien en tout.

Après cette évacuation de liquide céphalo-rachidien, nous injectons de 1 c.c. 1/2 à 3 c.c. de notre solution fraiche de cocaïne, soit de 2 à 6 cgr. de cocaïne. Trois cgr. seront toujours suffisants pour les opérations portant sur les régions sous-pubiennes, 3 cgr. à 6 cgr. si nous opérons dans les régions sus-pubiennes.

L'injection poussée doucement, vous retirez brusquement l'aiguille et vous appliquez une compresse stérilisée avec un peu de collodion sur le point de la ponction. *Renversez aussitôt le malade, s'il est assis*, à cause des légers troubles cérébraux causés dans la position assise, par l'abaissement brusque de la tension du liquide céphalo-rachidien. Après une ponction, laissez toujours vos malades deux ou trois jours au lit. Le soir même, vous pouvez les alimenter légèrement si l'intervention pratiquée le permet.

Avec cette technique vous aurez toujours une anesthesie parfaite sans avoir a redouter les accidents que nous avons tous rencontrés en pratiquant les autres méthodes de rachianesthésie.

Accidents de la Rachistovaïnisation. — Sans vous redire ici tous les accidents et inconvénients que peut causer la rachistovaïnisation, et que j'ai décrits tout au long dans un travail lu à la Société médicale du IXe arrondissement de Paris (mars 1907) je tiens cependant à attirer votre attention sur les ratés d'anesthesie dus à cette méthode (49/160 d'après la statistique de Schwartz, *Journal des Praticiens*, 14 septembre 1907), sur le peu de durée de l'analgésie par rachistovaïnisation, sur l'analgésie souvent imparfaite obtenue avec ce médicament, sur la faiblesse et la rapidité du pouls, sur la légère cyanose de la face et des extrémités et sur l'affaissement du rachistovaïnisé, sur l'impotence fonctionnelle des membres inférieurs pendant la période analgésique et malheureusement, quelquefois après, sur les paralysies du rectum et de la vessie, que l'on rencontre chez les rachistovaïnisés et qui persistent parfois assez longtemps. J'attire aussi votre attention sur la céphalée causée par la rachistovaïnisation, malgré l'évacuation de liquide, comme je le signalais en juillet 1905 à la Société médicale du IXe arrondissement de Paris, et enfin sur les paralysies diverses causées par la rachistovaïne et les troubles circulatoires et respiratoires qui peuvent s'ensuivre. Tous ces inconvénients n'étaient certes pas faits pour nous encourager et, devant ces constatations cliniques, il est bien naturel que la plupart aient abandonné aujourd'hui ce mode d'analgésie. Cependant je vous ferai remarquer que tous ces accidents relevés jusqu'à ce jour ont été la suite toute naturelle des erreurs du début, où l'on pensait que les accidents de la rachicocaïnisation étaient dus soit à la nature du liquide injecté, soit au médicament dissous dans ce liquide. Aussi pendant quelques années, s'est-on surtout ingénié à trouver un liquide isotonique et à remplacer la cocaïne, plutôt que de s'apercevoir que les accidents de la rachicocaïnisation n'étaient dus qu'à l'hypertension et qu'il suffisait de supprimer cette dernière pour les faire disparaître.

Pathogénie des Accidents. — Pourquoi avait-on alors préféré la stovaïne à la cocaïne? La réponse est bien simple : *la stovaïne, médicament paralysant la cellule nerveuse*, alors que *la cocaïne excite nettement la cellule nerveuse*, devait forcément, dès l'instant qu'on ne supprimait pas l'hypertension, nouvelle cause d'excitation de la cellule nerveuse, donner une excitation moindre en injection arachnoïdienne que la cocaïne. Faisons remarquer ici que l'hypertension du liquide céphalo-rachidien n'est pas seulement créée mécaniquement par l'introduction, dans les espaces arachnoïdiens, d'une certaine quantité de liquide injecté, mais surtout par l'hypersécrétion de défense de l'arachnoïde, du fait du contact de cette séreuse avec un corps étranger comme l'eau, le sérum, etc. Ceci dit, nous comprenons facilement pourquoi, avec une solution de stovaïne sans extraction préalable de liquide céphalo-rachidien, les accidents sont moindres qu'avec une solution de cocaïne employée dans les mêmes conditions, puisqu'avec la solution de stovaïne l'excitation de la cellule nerveuse causée par l'hypertension de défense est contrebalancée par l'effet paralysant de la stovaïne.

Avec la stovaïne, si l'on a soin de retirer 10 à 30 c.c. de liquide céphalo-rachidien, avant l'injection, ces accidents persistent quand même, car la stovaïne *paralysant la cellule nerveuse*, agit parfois, quoi qu'on fasse, jusque sur le plancher du quatrième ventricule et peut alors influencer défavorablement les origines nerveuses comme celles du pneumogastrique par exemple, et créer les accidents respiratoires et circulatoires que nous rencontrons au cours de la rachistovaïnisation. D'autre part, ainsi que je le signalais en mars 1907, à la Société médicale du IXe arrondissement de Paris, la stovaïne précipitant le liquide céphalo-rachidien peut produire des modifications de vitalité de l'épithélium arachnoïdien et des cellules nerveuses que baigne ce liquide, ce qui expliquerait facilement les paralysies que l'on observe à distance et entre autres les paralysies oculaires.

Suppression des Accidents de la Rachianesthésie. — Si maintenant nous supprimons l'excitation de la cellule nerveuse voulue par l'hypertension créée du fait de l'injection, par l'hypersécrétion de défense de l'arachnoïde, et par l'action de la cocaïne sur la cellule nerveuse, en abaissant suffisamment au préalable la tension du liquide céphalo-rachidien et qu'au lieu d'injecter un médicament paralysant la cellule nerveuse et précipitant le liquide céphalo-rachidien, nous injections un médicament excitant la cellule nerveuse et ne précipitant pas le liquide céphalo-rachidien, tel que la cocaïne, nous évitons de ce fait toutes les paralysies immédiates et tardives. Une pratique de plus de neuf ans et près de 2.000 cas à ce jour nous le prouve nettement. Avec cette dernière technique, les malades anesthésiés, au lieu de présenter de la paralysie des membres inférieurs, ou de tout le tronc, et de l'abolition des réflexes patellaires et scrotaux comme avec la stovaïnisation, vous présenteront plutôt, au début de l'anesthésie surtout de la contracture des membres inférieurs voire même des membres supérieurs, et de l'exagération des réflexes patellaires, si toutefois, ainsi que la pratique nous l'a amplement démontré, nous n'avons pas auparavant retiré suffisamment de liquide céphalo-rachidien. Ainsi donc, en retirant assez de liquide céphalo-rachidien vous arrivez non seulement à supprimer les phénomènes d'excitation produits par

(1) Ce nécessaire est préparé par le Laboratoire Templier, 14, rue de Wattignies, Paris.

l'hypertension, mais encore à atténuer les phénomènes d'excitation produits par la cocaïne, à tel point que si vous suivez cette technique, vos malades seront, an cours de l'opération, d'un état général très satisfaisant et pourront tonjours, sans souffrir, avec leur pleine lucidité d'esprit, vous accomplir pendant l'intervention les mouvements que vous pouvez leur demander.

Bien que la cocaïne ait été fort discréditée depuis quelques années, je ne suis cependant pas le seul en France qui ait continué à m'en servir. Le Dr Aubourg, de Paris, dans un excellent article du *Journal de Médecine* du 17 février dernier, montrait lni aussi les avantages de la rachicocaïnisation, mais son procédé présente encore quelques légers inconvénients et voici pourquoi : Pour M. Aubourg comme pour moi, il est bien entendn que ce n'est pas la cocaïne, mais l'eau que l'on introduit dans les espaces arachnoïdiens qui cause l'hypersécrétion de défense de l'arachnoïde et, partant, l'hyperteusion. Mais partant de ce principe, au lieu de dire comme M. Aubourg, dans sa thèse de Paris 1904 : « En réduisant autant que possible la quantité d'ean injectée on réduit les accidents au minimum », ne valait-il pas mieux dire: En snpprimant entièrement l'hyperteusion on supprimera également entièrement les accidents puisqu'ils sont dus à l'hypertension, et c'est là le raisonnement que justement nous nous sommes toujours tenn pour arriver à notre technique. Il est simple, en effet, de comprendre que si vons retirez une quantité de liquide au moins égale on snpérieure à la quantité de liquide céphalo-rachidien fourni par l'hypersécrétion de défense de l'arachnoïde, vous n'aurez pas augmenté la tension du liquide et, partant, vous n'aurez aucun accident à redouter. En cet ordre d'idées, l'expérience nous a montré qu'il valait mieux retirer davantage que pas assez, car, quoi qu'en dise M. Auhourg, nous n'avous jamais vu, tenant le malade dans la position horizontale, qn'une extraction trop grande de liquide amènat soit de la céphalée, soit de la rachialgie.

Au sujet de l'étendue de la zone d'anesthésie. — En retirant du liquide, la zone d'anesthésie se trouve de ce fait plus étendue, surtout si l'on injecte une solntion dont le point cryoscopique est très inférieur au liquide céphalo-rachidien. Ainsi, par exemple, le Dr Aubourg injecte une solution aqueuse de cocaïne très concentrée, dont le point cryoscopique est $\Delta = 0,60$ environ, c'est-à-dire celui du liquide céphalo-rachidien; ce liquide, à canse de l'égalité des points cryoscopiques, doit avoir très peu de tendance à diffuser dans les espaces arachnoïdiens et la cocaïne qui, comme l'ont montré Tuffier et Hallion, a une grande affinité pour l'élément nerveux, doit se fixer rapidement sur les racines postérieures les plus proches, aussi avec ce procédé d'anesthésie ne dépasse-t-elle guère la hauteur de l'injection, c'est-à-dire la région sous-ombilicale : c'est en effet ce que nous donne M. Auhourg comme limite supérieure de l'analgésie. Avec notre technique vous réduisez en moyenne d'un quart ou d'un tiers la quantité totale de liquide rachidien, et vous créez ainsi un vide; vous injectez ainsi en outre dans un liquide dont le point cryoscopique est $\Delta = 0,60$, notre solution de cocaïne dont le point cryoscopique est $\Delta = 0,20$ environ, la diffusion, en couséquence, se trouve très grande et rationnellement d'autant plus rapide que les points cryoscopiques sont plus éloignés. En renversant votre malade aussitôt l'injection, la partie du liquide céphalo-rachidien qui est le siège de cette diffusion active se trouve par suite dn vide dont nous avous parlé, rapidement projetée vers les espaces arachnoïdiens supérieurs des régions dorsale et cervicale, et c'est pourquoi en augmentant la quantité de liquide extrait nous arrivons à ohtenir l'anesthésie de la région sus-omhilicale de l'individu, voire même parfois la tête. Ainsi, nous ohtenons une zone d'anesthésie très étendue, et l'hypertension fort légère, il est vrai, qui existe par exemple avec le procédé de M. Aubourg, puisqu'il injecte malgré tout une quantité d'eau très minime, qui n'en produit pas moins une légère hypersécrétion de défense, ne peut même pas exister avec notre technique, puisque, au préalable, nous retirons une quantité de liquide bien supérieure à celle que donnera la réaction arachnoïdienne de défense.

Examen du liquide céphalo-rachidien. — Si vous examinez le liquide céphalo-rachidien dans les vingt-quatre heures qni suivent soit la rachistovaïnisation, soit la rachicocaïnisation sans l'évacuation de liquide préalable nécessaire et suffisante, vous constaterez une lymphocytose, en même temps parfois que quelques polynucléaires, tandis que si vous faites une extraction suffisante de liquide avant l'injectiou, vous ne trouverez plus, mais après la rachicocaïnisation seulement, de lymphocytes ou de polynucléaires. Cette constatation nous prouve encore que l'hypertension seule cause la lymphocytose et amène parfois l'apparition des polynucléaires.

Durée de l'anesthésie. — Avec notre technique, la durée de l'analgésie n'est jamais inférieure à une heure et demie, la moyenne de cette durée peut être fixée à deux heures pour le thorax, l'abdomen et les membres inférieurs, et à une heure pour le con, les membres supérieurs et la tête, si toutefois pour cette dernière on a pu obtenir l'anesthésie.

Avec ce procédé de rachicocaïnisation vons aurez un état postopératoire hien meilleur qu'avec le chloroforme; un opéré qui ne vomira pas pendant et après l'intervention, qui ne perdra pas ses forces dn fait de l'anesthésique employé, qui, remis dans son lit, sera tranquille et ne tirera pas involontairement sur ses sntures en vomissant, qui ne déplacera pas ses drains (gros avantage en chirurgie abdominale), chez lequel les adhérences se feront vite et facilement et qui, s'il est opéré pour nne affection septique de l'abdomen, sera, s'il est hien drainé, plus facilement à l'abri des péritonites consécutives.

Avec cette technique, même chez les albuminuriques, les diabétiques et les cachectiques, ce qui a son importance, vous éviterez d'intoxiquer le glohule sanguin avec dn chloroforme, et vons éviterez aiusi à votre opéré ce qu'on est convenu d'appeler le *choc opératoire* et qui n'est autre que le *choc chloroformique*. A l'appni de ce que j'avance, sans vous retracer tous les inconvénients de la chloroformisation, comme vient de le faire le Dr Blanchet, de Paris, dans la *Presse médicale* dn 7 juillet 1909, permettez-moi de vous citer, par exemple, cette série de 61 hystérectomies abdominales totales que j'ai faites en neuf ans passés pour fibromes utérins sans avoir jamais eu à enregistrer le moindre accroc; ces 61 opérées sont sorties guéries en l'espace de 18 à 22 jours, sans m'avoir jamais inquiété, et remarquez encore que parfois je fais suivre ces hystérectomies d'appendicectomies, chaque fois que l'appendice me paraît anormal. J'ai eu à euregistrer avec plaisir les mêmes résultats dans les affections suppurées de la cavité abdominale ou du petit hassin, comme, par exemple, dans les appendicites et les salpingites opérées à froid et l'on peut dire que, dans les interventions pour les appendicites à froid, la mortalité se réduit à 0. Avec ce mode d'anesthésie, votre mortalité opératoire se trouvera forcément abaissée dans les interventions d'urgence, comme dans les suppurations abdominales, dès l'instant que vous évitez à votre malade l'intoxication due au chloroforme.

A la suite de vos laparotomies, comme à la suite de vos interventions sur le thorax, sur les organes génito-urinaires, etc., votre opéré, avec la rachicocaïnisation, conservera après l'opération, comme avant, une langue humide, et du fait de l'analgésique; ne présentera pas d'élévation de température, d'accélération du pouls et de la respiration, de diminution dans sa sécrétion urinaire, et de *perturbations fâcheuses dans le rôle physiologique du foie*.

En procédant ainsi, vous ne risquerez pas d'intoxiquer à nouveau un malade qui peut l'être déjà du fait de son affection, et *en ménageant son foie et ses reins* vous lui permettrez de se déharrasser plus facilement de toxines qui souvent vous tueraient si vous l'opériez au chloroforme.

Avant de conclure, laissez-moi vous dire de ne tenir aucun compte des reproches que l'on a encore faits à la cocaïne d'infineneer défavorablement le plancher du quatrième ventricule et de donner de l'albumine. En position de Trendeleuburg, vos malades ne vous présenteront pas la moindre indisposition et je dirai même que cette position inclinée est une honne position pour contrebalancer la faible anémie cérébrale créée du fait de la faible quantité de cocaïne injectée.

Pour ce qui est de l'alhuminurie consécutive, c'est encore là une idée complètement erronée, et comme je l'ai déjà publié, sur 41 sujets indemnes d'albumine et pris en série, les urines n'ont jamais présenté la moindre trace d'albumine après la rachicocaïne, soit le jour même de l'intervention, les jours snivants ou plusieurs mois après. Sur ce point, comme sur tant d'autres avancés, les reproches adressés à la rachicocaïne tombent devant les faits cliniques, et comme le Dr Aubourg, de Paris, je déclare franchement que *les suites éloignées de la rachicocaïnisation sont nulles* et que, sur près de 2.000 cas que j'ai pu ohserver, je n'ai jamais eu à enregistrer *le moindre trouble de la motilité ou de la sensibilité*.

Enfin, comme le Dr Aubourg, de Paris, je vous signalerai que l'adjonction d'adrénaline dans la solution injectée est non seulement inutile, mais mauvaise, et suivant l'avis de certains neurologistes comme le Dr Klippel, de Paris, les médicaments paralysant la cellule nerveuse comme le font la stovaïne, la novocaïne, etc., sont des médicaments dangereux.

Conclusions. — 1° D'après les recherches anatomiques que nous avons faites, *le point d'élection pour la ponction lombaire est l'espace sacro-lombaire*.

Avec notre technique, la ponction est inoffensive et relativement facile.

2° L'application que nous avons faite de cette technique de rachianesthésie durant neuf ans passés portant sur près de 2.000 cas, sans le moindre accident, avec anesthésie toujours parfaite (sauf pour la tête), nons a amplement prouvé l'innocuité absolue de cette méthode.

3° Avec ce procédé d'anesthésie, en évitant l'intoxication dn glohule sanguin par le chloroforme vous évitez le choc opératoire qui n'est autre que le choc chloroformique, et en ménageant les forces morales et physiques de votre opéré, vous évitez *de troubler la sécrétion rénale et le fonctionnement normal du foie*, ce qui est d'une grande importance chez les albuminuriques, les cachectiques et les vieillards.

4° Avec ce procédé vous verrez votre mortalité post-opératoire très diminnée, le rétablissement de l'opéré sera plus rapide, car n'étant pas intoxiqué, il présentera un terrain de défense plus favorable à nne active réparation des tissus et la meilleure immohilité post-opératoire du sujet vous donnera, avec une sécurité plus grande dans le drainage, une meilleure réunion des surfaces cruentées en même temps qu'nne hémostase plus parfaite, vos points de suture et vos ligatures n'ayant point à supporter les efforts dns aux vomissements chloroformiques.

5° La durée de l'anesthésie voulue par ce procédé de rachicocaïnisation est très suffisante pour les grosses interventions de chirurgie : une heure et demie à deux heures pour le thorax, l'abdomen et les memhres inférieurs, et une heure en moyenne pour le cou, les memhres supérieurs et la tête (si toutefois pour cette dernière on a pu l'ohtenir). Nous avons donc ainsi tont le temps voulu d'opérer sans nous presser et nous ne sommes plus obligés d'opérer parfois trop vite à cause des inconvénients du chloroforme, de l'éther et du chlorure d'éthyle.

6° En employant une solution aqueuse de cocaïne au 1/50e et en injectant de 1 c.c. 1/2 à 3 c.c. de cette solution avec *évacuation préalable nécessaire et suffisante* de 10 à 30 c.c. de liquide céphalo-rachidien suivant les sujets, vous éviterez tous les accidents qui ont pu être signalés jusqu'à ce jour.

7° Nous sommes enfin heureux de constater aujourd'hui que ce mode d'anesthésie, qu'à un moment donné on aurait voulu condamner pour ne l'avoir pas assez étudié, est devenu maintenant un procédé d'anesthésie de premier ordre, absolument inoffensif et des plus précieux dans l'intérêt de nos opérés (1).

DANS LES HOPITAUX

L'Héliothérapie de la Tuberculose pulmonaire

Par le Dr Louis RENON
Professeur agrégé à la Faculé de Paris
Médecin de l'hôpital Necker (2)

Pour comprendre le rôle de l'héliothérapie dans la tuberculose pulmonaire, il vous importe de savoir que les agents physiques, lumière, électricité, rayons X, radium, etc., exercent une action puissante sur l'homme sain et l'homme malade, en raison de l'intensité des forces mises en jeu par ces agents. Il est indispensable de vous montrer l'origine de ces forces, et pour cela il est d'abord nécessaire de vous dire quelques mots de la *constitution* et de l'*évolution* de la matière.

Pour les anciens, la matière était composée d'atomes disséminés dans le vide. Ces atomes étaient immuables et impérissables :

Nam neque adaugescit quicquam, neque deperit inde

comme disait Lucrèce, il a plus de 2.000 ans. La matière ne reçoit rien, elle ne perd rien, ce que Lavoisier traduisait, à la fin du XVIIIe siècle, par la formule célèbre : rien ne se perd, rien ne se crée. Cette conception s'est maintenue intacte jusqu'à la fin du siècle dernier. Puis des découvertes successives, la dissociation électrolytique en ions d'électricité contraire, la découverte des rayons cathodiques, celle des rayons X, celle des corps radio-actifs, comme l'uranium et le radium, la démonstration par le Dr G. Le Bon de la radio-activité générale de la matière, permettent à cet auteur d'affirmer que la matière n'est pas indestructible. Dans son magistral onvrage, l'*Évolution de la matière*, le Dr G. Le Bon prouve que les ious positifs et négatifs de Faraday, les rayons cathodiques de Crookes, les rayons de Rœntgen, les radiations de Becquerel, celles de Curie, et toutes les radiations radio-actives répandues partout dans la nature ne sont qu'une seule et même chose : des particules infimes de matières en état plus ou moins avancé de dissociation et de dématérialisation. Le Dr G. Lebon a pu dire avec raison : « Rien ne se crée, tout se perd : c'est de l'énergie intra-atomique liberée par la dématérialisation de la matière que dérivent la plupart des forces de l'univers. »

(1) Communication à la Société de l'Internat.
(2) Leçon faite à l'hôpital Necker.

En effet, Messieurs, l'atome de matière est répandu dans l'éther, base immatérielle de l'univers qu'il remplit jusqu'à l'infini. L'éther circule librement entre les atomes de la matière. L'atome, puisqu'il est destructible, en se dissociant, en se désagrégeant, libère de l'énergie. Cette énergie constitue une force qui se sépare de l'atome et se répand dans l'éther. La propagation de ces forces se fait par des ondes qui se propagent dans l'éther et troublent son équilibre. L'éther est donc animé de vibrations et d'ondulations incessantes. La chaleur, l'électricité, la lumière, la radio-activité, la phosphorescence sont des modes divers de l'éther en mouvement. L'atome composé de particules électriques animées de mouvements en tourbillons et de mouvements giratoires se meut constamment ainsi que l'éther. Comme le dit le Dr G. Le Bon, « les éléments de la matière sont en mouvement incessant : un bloc de plomb, un rocher, une chaîne de montagnes, n'ont qu'une immobilité apparente. Ils subissent toutes les variations du milieu et modifient constamment leurs équilibres pour s'y adapter. La nature ne connaît pas le repos. S'il se trouve quelque part, ce n'est ni dans le monde que nous habitons, ni dans les êtres vivant à sa surface. Il n'est pas davantage dans la mort, qui ne fait que substituer à certains équilibres momentanés d'atomes d'autres équilibres dont la durée sera aussi ephémère (1) ».

L'énergie intra-atomique, cause de ces mouvements incessants, crée des forces considérables. Voulez-vous un exemple de leur puissance? Les parties émanées de la matière effectuent, d'après M. Curie, leur dissociation avec une vitesse de 100.000 kilomètres par seconde. La force vive d'une sphère de bronze de 3 millimètres d'épaisseur et du poids de 1 gramme, animée d'un mouvement de rotation d'une valeur égale à celle des particules de matière dissociée, correspond à 203.873 millions de kilogrammètres. « C'est à peu près le travail que fourniraient en une heure 1.510 locomotives d'une puissance moyenne de 500 chevaux-vapeur (2). »

Les ondes de l'éther résultent de la transmission de toutes ces forces; comme la puissance de ces forces est variable, les ondes de l'éther sont variables dans leur intensité et leur vitesse de propagation. La lumière blanche totale, les divers rayons lumineux, l'électricité, les rayons X, etc., ne se propagent pas de la même manière dans l'éther. Leur longueur et le nombre de leurs vibrations ont permis de les classer. Dans l'état actuel de nos connaissances, dit M. Malgat, dont j'aurai l'occasion de vous citer souvent les intéressants travaux au cours de cette conférence, nous ne pouvons établir que la chaîne suivante des ondes de l'éther : (3)

1° Oscillations électriques;
2° Ondes hertziennes;
3° Rayons de Rubens;
4° Rayons infra-rouges;
5° Rayons lumineux;
6° Rayons ultra-violets;
7° Rayons N de Blondlot;
8° Rayons X de Rœntgen et rayons du radium;
9° Rayons de Becquerel (place indéterminée).

La plupart de ces ondes d'amplitude et de vibration si diverses peuvent être utilisées dans la physiothérapie de la tuberculose pulmonaire.

Le traitement par la lumière solaire, l'*héliothérapie*, que nous ressuscitons aujourd'hui au nom de la science physique, paraît bien ancien. Récemment, dans la *Chronique médicale*, le Dr Lambrinopoulos, citait un passage d'Hérodote, intitulé περὶ ἡλιώσεως (de l'exposition au soleil), où cet auteur indiquait la cure solaire en recommandant de « garantir la tête à l'aide de quelque couverture ».

Actuellement, dans l'héliothérapie, nous utilisons toutes les forces de la lumière, celles contenues dans chaque onde lumineuse et celles contenues dans chaque onde obscure. Ceci demande une explication. Vous savez, Messieurs, que la *lumière blanche*, loin d'être un tout uniforme, est constituée de sept rayons colorés, rouge, orangé, jaune, vert, bleu, indigo, violet, formant le spectre lumineux de Newton. A chaque extrémité du spectre, il existe un autre spectre de rayons obscurs et invisibles. En deçà du rouge, on a découvert les rayons infra-rouges; au delà du violet, on a découvert les rayons ultra-violets. Tous ces rayons sont des mouvements ondulatoires et transversaux de l'éther, caractérisés chacun par des longueurs d'onde et des vibrations différentes. Dans les rayons infra-rouges, les longueurs d'onde sont les plus longues et les vibrations les moins rapides; il en est tout autrement dans les rayons ultra-violets dont les longueurs d'onde sont les plus courtes et les vibrations les plus rapides.

Tous ces rayons lumineux émanés de la lumière solaire, constituent des forces différentes agissant sur la matière d'une manière différente. On peut les diviser selon leur action en *trois* grands groupes : rayons lumineux, rayons calorifiques, rayons chimiques.

Avant d'aller plus loin dans leur étude physique et physiologique, il faut d'abord examiner si la lumière solaire *pénètre* dans notre organisme. La réponse n'est plus douteuse depuis les expériences du Dr Malgat en 1901. Cet auteur a pu impressionner par la lumière des plaques photographiques à travers le corps nu. Il a fait remarquer que, dans l'éclairement latéral de certaines tumeurs comme l'hydrocèle, la lumière traverse les tissus de part en part, s'y décompose même en spectre solaire, pour ne laisser à la sortie passer que les rayons rouges, les rayons bleus on les rayons violets qui, en se combinant, forment la couleur pourpre constatée au stéthoscope dans l'examen de l'hydrocèle. La lumière passe à travers le corps humain, et nous pouvons maintenant examiner rapidement l'action physique, chimique et biologique des divers rayons.

Les rayons *lumineux* sont constitués par les rayons jaunes, les plus lumineux, puis par les rayons orangés et les rayons verts; ensuite, du côté du rouge et du côté du violet, la luminosité diminue rapidement pour arriver aux rayons obscurs infra-rouges et ultra-violets. Ces rayons lumineux jaunes, orangés et verts ont été peu étudiés au point de vue biologique. Cependant, selon la remarque très juste du Dr Malgat, c'est dans une portion de l'orangé, les deux cinquièmes du jaune et dans presque tout le vert du spectre solaire que se forment les deux bandes de l'hémoglobine (1). Il est bien probable que les rayons lumineux ont une action sur la formation de cette substance, comme les rayons rouges en ont une sur le développement de la chlorophylle chez les plantes.

Les rayons *calorifiques* sont constitués par les rayons rouges. Ceux-ci élèvent la température des corps, écartant et dilatant leurs molécules, pouvant créer l'état liquide et l'état gazeux de ces corps. Ils changent l'aspect et la forme, mais ne modifient en rien l'essence des corps. Les rayons rouges sont vaso-dilatateurs, excitants du système nerveux, toniques, congestionnants d'une façon passive (J. Malgat) à la manière de la méthode de Bier. Les plantes et les animaux vivent et se multiplient sous la lumière rouge.

Les rayons *chimiques* ou *actiniques* sont constitués par les rayons bleu, indigo, violet. Ce sont les rayons destructeurs de la matière. Ils font des corps nouveaux par combinaison, ils opèrent des décompositions, ils font des oxydations, etc., ils détruisent même les atomes comme dans les phénomènes de radio-activité; ils créent, en un mot, des équilibres atomiques nouveaux. Ils détruisent les mousses, les moisissures, les ferments, les diastases, les microbes et leurs toxines en les oxydant; ils assainissent les eaux, l'air et les poussières en faisant périr les micro-organismes qu'ils contiennent. Le Dr Malgat a montré aussi que ces rayons avaient un pouvoir sédatif puissant sur le système nerveux. Les deux extrémités du spectre ont donc des actions différentes. « Prenez une plante, placez-la sous un châssis violet : elle s'étiole. Placez-là avant qu'elle ne meure sous un châssis rouge; elle reprend de la vigueur. Placez une autre culture de bacilles sous une cloche violette, elle s'atténue et va mourir; placez la sous une cloche rouge, avant qu'elle ne périsse, elle va revivre et reprendre sa virulence. Il n'y a aucune différence entre la plante pluricellulaire et la plante monocellulaire, si ce n'est le temps qu'il faut pour mourir. » (J. Malgat). Dans la nature, les plantes sont protégées contre l'influence néfaste des ondes courtes à vibrations rapides des rayons actiniques par la couleur verte de la chlorophylle qui absorbe ces rayons; l'homme se protège par la pigmentation de sa peau, d'autant plus foncée qu'il habite dans un climat plus lumineux.

Il me reste à vous dire quelques mots des rayons infra-rouges et des rayons ultra-violets.

L'action des rayons *infra-rouges* est considérable dans la nature; ils ont un grand pouvoir de pénétration. C'est peut-être à leur effet que les plantes peuvent se développer et germer dans l'obscurité.

Les rayons *ultra-violets* ont été très étudiés depuis quelques années. Leurs longueurs d'onde sont des plus minimes (392 à 295 millièmes de micron) et leurs vibrations des plus rapides (au delà de 709 trillons par seconde). Ces rayons ont une grande puissance en surface, car ils sont très peu pénétrants; mais, comme l'a montré le Dr G. Le Bon, ils dématérialisent les atomes de la matière et possèdent à un haut degré la propriété de rendre les corps radio-actifs. Ces rayons ont une action intense sur les microbes qu'ils détruisent à la surface des corps. « Si la terre n'était pas protégée de l'ultra-violet solaire extrême par son atmosphère, la vie, dans ses conditions actuelles, serait probablement impossible à sa surface (2). » Aussi a-t-on fait usage des rayons ultra-violets dans la désinfection, dans la stérilisation des eaux préalablement filtrées. Dans la première de ces conférences, je vous faisais part de l'action des rayons ultra-violets, notée par M. et Mme Victor Henri, sur la virulence des bacilles de la tuberculose bovine. Ils ont constaté un retard appréciable dans le développement de la tuberculose, après inoculation des bacilles sous la peau du cobaye, et un retard dans l'apparition des cultures sur pomme de terre. Ces bacilles étaient détruits après une exposition plus longue aux rayons ultra-violets; la tuberculine est modifiée par ces mêmes rayons, et ne donne plus aucune réaction chez le cobaye tuberculeux. M. André Jousset a pu voir que l'irradiation ultra-violette n'atteint pas également toutes les propriétés spécifiques de la tuberculine; une tuberculine dépouillée de sa toxicité, biologiquement inactive, n'est pas *ipso-facto* détruite, car elle conserve son pouvoir précipitogène. Par contre, sous l'influence des mêmes irradiations, un sérum antituberculeux devient épais, opalin et visqueux, et, en cinq heures, il est à demi solidifié et gélatinisé (1).

Après toute cette étude de la lumière, nous pouvons pénétrer plus avant dans son *mécanisme* d'action sur la bacillose, et voir comment, dans la pratique, il convient de régler la cure solaire de la tuberculose pulmonaire.

Le tuberculeux pulmonaire profite de la pénétration tonique, vaso-dilatatrice et phagocytaire des rayons de grande longueur d'onde, comme les rayons rouges et infra-rouges. Il bénéficie des rayons lumineux orangés, jaunes et verts qui ont une action sur l'hémoglobine. Il utilise même l'action microbicide et antiseptique externe des rayons d'ondes très courtes comme les rayons de l'extrémité violette du spectre et les rayons ultra-violets.

Toutes ces actions s'exercent dans ce que l'on a appelé les *bains de soleil*. Dans ceux-ci il faut distinguer, d'après le Dr Malgat, les bains chauds et les bains froids (2). dont l'action est tout à fait différente. Quand on expose un malade nu aux rayons solaires, si le thermomètre marque au soleil et à l'abri du vent une température supérieure à celle du corps, on donne un bain chaud de soleil. Dans ce cas, le malade reçoit tous les rayons du spectre visibles et obscurs, depuis les infra-rouges jusqu'aux ultra-violets qui transmettent leurs mouvements aux atomes et aux molécules du malade. Le bain chaud est vaso-dilatateur des vaisseaux et des capillaires excitateur du système nerveux, abaisseur de la pression artérielle, accélérateur de la respiration et de la circulation sanguine. Quand, au contraire, on expose un malade nu aux rayons solaires, si le thermomètre indique une température inférieure à celle du corps, on donne un bain froid de soleil. Dans ce cas le malade reçoit seulement les rayons lumineux moyens, orangés, jaunes, verts et les rayons chimiques, en raison de leur moindre longueur d'onde, le mouvement de ces ondes s'étendant des molécules du corps du malade aux molécules de l'éther. Le bain froid est vaso-constricteur, éleveur de la pression artérielle, modérateur de la respiration et de la circulation sanguine; il abaisse la température de la périphérie cutanée par perte de calorique, tandis que le bain chaud l'élève. Pour le Dr Malgat, le bain froid de soleil est dangereux pour les bacillaires pulmonaires.

Comment, *pratiquer* la cure solaire? Je ne puis mieux faire que de vous exposer textuellement la pratique du Dr Malgat :

« Depuis 1901, j'ai soumis systématiquement tous mes poitrinaires à la cure solaire de la manière suivante : le matin, vers onze heures, alors que l'intensité chimique est très élevée et que le soleil entre largement dans la chambre du malade par la croisée ouverte, je place le patient le torse nu, à cheval sur une chaise, de façon qu'il puisse en recevoir les radiations directes, tout en abritant sa tête, c'est-à-dire en tenant la tête dans l'ombre...

« Il est bon d'entraîner les malades. La durée de la séance d'insolation directe, la croisée ouverte, ne me semble devoir dépasser vingt minutes : souvent même, elle doit être moindre. Lorsque l'intensité chimique est très élevée, je réduis l'insolation à cinq ou dix minutes seulement.

« La mesure de l'actinité à laquelle j'ai recours est plus pratique que rigoureusement mathématique. Mais elle m'a toujours suffi.

« Je me sers d'un simple photomètre Decoudun à verre bleu, et je l'emploie comme si je voulais déterminer le temps de pose avant de faire une photographie sur plaque extra-rapide... Si le curseur s'arrête sur 1/6 de seconde de pose nécessaire pour faire une bonne photographie sur plaques extra-rapides, je laisse aller la séance d'insolation jusqu'à vingt minutes : s'il indique 1/8 de seconde de pose, on peut faire l'insolation de quinze à vingt minutes ; au-dessus, il faut s'arrêter à dix ou même seulement cinq minutes

(1) G. Le Bon, *L'évolution de la matière*, 1908, p. 247.
(2) G. Le Bon, *Loco citato*, p. 43.
(3) J. Malgat, La cure solaire à Nice. *Les cures d'air, d'eaux et de régimes chez les enfants*. Paris, 1910.

(1) J. Malgat, Les énergies solaires dans la tuberculose pulmonaire. *Tuberculosis*, 1er janvier 1909.
(2) G. Le Bon, *Loco citato*, p. 149.

(1) André Jousset, De l'action des rayons ultra-violets sur la tuberculine et les sérums antituberculeux. *Société de biologie*, 26 novembre 1910.
(2) J. Malgat, Bains de soleil, *Tuberculosis*, février 1910, n° 2.

« Il faut tenir compte aussi d'un autre facteur : la température au soleil. Si le thermomètre ne monte qu'à 26° ou 27°, on ne saurait, sans beaucoup de précautions, exposer le malade, le torse nu et la croisée ouverte. D'autre part, s'il atteint 40° ou plus, il faut limiter la séance à une dizaine de minutes. Dans les deux cas, il faut s'inspirer de la résistance du malade et de son état général.

« Jusqu'ici, je m'étais contenté de faire la cure solaire sur le dos nu, ayant estimé que les rayons chimiques étaient capables d'aseptiser en même temps la partie supérieure et la partie antérieure des poumons. Mais je me suis aperçu que les foyers tuberculeux en arrière guérissaient assez rapidement, tandis qu'avant la guérison était infiniment plus lente. D'où j'ai conclu que la quantité de rayons solaires arrivant à la partie antérieure des poumons était insuffisante pour produire des effets salutaires après avoir traversé une grande épaisseur de tissu. Je fis alors insoler les malades, d'abord en arrière, pendant dix minutes, puis en avant pendant dix autres minutes. Malheureusement, beaucoup de malades supportent mal l'application des rayons de soleil sur cette dernière portion du corps. Quelques-uns éprouvent de véritables angoisses qui peuvent aller jusqu'à la syncope; d'autres ont des palpitations cardiaques extrêmement pénible. Il m'a donc semblé que le cœur supportait assez mal les insolations.

« En conséquence, j'ai adopté un dispositif qui me permet d'éviter d'atteindre le cœur et de jeter tout de même sur les lésions antérieures une grande quantité de rayons solaires. J'ai donné la préférence aux miroirs d'argent : l'argent poli en réfléchit environ 900/0. Avec des miroirs montés sur pieds et d'une dimension de 0 m. 13 sur 0 m. 09, on peut inonder de lumière la partie supérieure d'un poumon sans toucher à la région cardiaque, et l'on obtient une action vraiment efficace par la double insolation faite en même temps.

« Peu à peu, les territoires qui environnent ou avoisinent les foyers principaux sont nettoyés par les rayons solaires, et il ne reste bientôt plus à soigner que ces derniers. Ce processus est constant (1). »

Les hémoptysies sont peu à redouter dans une héliothérapie bien conduite; sur 58 tuberculeux, M. Hadji-Ivanoff ne constate que deux hémoptysies (2). La cure solaire ne donne jamais de fièvre.

Quels sont les tuberculeux pulmonaires les plus justiciables de la cure solaire?

Les *indications* sont très étendues. Les médecins des différents sanatoriums de Leysin qui ont installé des cures solaires au dernier étage de leurs galeries de cure sont très formels à cet égard (3). Pour eux, les formes post-pleurétiques, les formes fibreuses, les formes bronchitiques chroniques, la forme cavitaire stationnaire, sont les indications dominantes. « Elle m'a paru favorable surtout dans les formes torpides où l'on observe d'anciens foyers de ramollissement, petits ou grands, plus ou moins bien circonscrits et localisés, qui ne présentent plus aucun signe d'activité envahissante, ni, d'autre part, aucun indice d'activité progressive. Dans ces « plaies mortes » du poumon, comparables de par leur torpidité aux plaies tuberculeuses chirurgicales, l'action du soleil est très remarquable (4). » Seul, de tous ses collègues de Leysin, M. Jacquerod, s'il reconnaît l'innocuité des courtes séances d'insolation, estime que le procédé appliqué pendant plusieurs mois de suite, n'a pas paru modifier sensiblement les résultats que nous obtenions par les méthodes habituel es (5).

Les formes hémoptoïques, les formes suraiguës constituent les grandes *contre-indications* de l'héliothérapie.

Parmi les effets de la cure solaire de la tuberculose pulmonaire, il convient de dire quelques mots des effets sclérosants de cette cure et de la pigmentation qu'elle détermine.

La cure solaire, dit le Dr Malgat, pousse à la *sclérose* les foyers de tuberculose, sans qu'on en trouve la raison bien nette. En même temps qu'on constate la régression scléreuse des parties pulmonaires atteintes de tuberculose, on voit souvent la pression artérielle s'élever sensiblement et les artères se durcir comme chez le vieillard, surtout chez les malades du 2e et du 3e degré. La cure solaire guérit des tuberculeux porteurs de cavernes, souvent au prix « d'une sclérose plus ou moins généralisée » (J. Malgat).

La *pigmentation* est la règle au cours de la cure solaire de la tuberculose pulmonaire comme dans celle des tuberculoses externes. Cette pigmentation sur laquelle ont insisté tous les héliothérapeutes, est d'autant plus marquée que les malades guérissent mieux et plus vite. « L'augmentation de la force de résistance du malade est presque toujours proportionnelle au degré de pigmentation », dit M. Rollier (1), qui a obtenu des résultats si remarquables de la cure solaire dans le traitement des tuberculoses externes dans l'altitude à Leysin. M. Rollier m'a fait, au mois de septembre dernier, les honneurs de ses cliniques. J'ai été extrêmement impressionné de voir des malades noirs comme des nègres avec des plaies bacillaires considérables et multiples cicatrisées, des tumeurs blanches guéries: sans les photographies des lésions avant le traitement, jamais on n'aurait pu croire que de pareils désordres aient pu exister auparavant. Comme me l'écrivait le 4 décembre dernier, le Dr Malgat, « quelle que soit la forme de la tuberculose chirurgicale, c'est un jeu de la guérir par les insolations : la chirurgie dans ce cas, devient tout à fait inutile, à moins de cas exceptionnels » (2). On a remarqué que, dans la cure solaire, les blonds qui se pigmentent moins, sont moins résistants et guérissent moins vite que les bruns. La résistance est moins grande encore chez les blonds vénitiens, qui ne se pigmentent pas, ce qui confirme pleinement les idées émises depuis longtemps par le Professeur Landouzy sur la prédisposition spéciale des blonds vénitiens à la tuberculose. De son côté aussi, M. von Schrœtter (de Vienne) fait remarquer qu'une incomplète pigmentation de la peau dans la cure solaire peut être interprétée comme « stigmate de prédisposition à la tuberculose » (2). Le pigment est produit par les rayons ultra-violets. On peut concevoir sa genèse comme une défense contre les rayons actiniques, ce qui n'explique pas son action thérapeutique. On peut aussi lui attribuer un rôle de transformation comme le soutient M. Rosselet; grâce au pigment, les rayons ultra-violets qui n'agissent qu'en surface sans pénétrer, seraient transformés en rayons de grande longueur d'onde, très pénétants, comme les rayons rouges (3).

Voilà, ce que je voulais dire de l'héliothérapie de la tuberculose pulmonaire. Elle est intimement liée à l'étude des climats. Elle ne peut se faire que dans les cures climatiques, car, dans les villes, les rayons solaires, transmis par une atmosphère dense, chargée de poussières et de vapeur d'eau, n'ont plus l'activité qu'ils possèdent dans l'altitude et au bord de la mer. Le climat marin, surtout celui si lumineux de notre Riviera française, et le climat de haute montagne sont particulièrement désignés pour les cures solaires. Ces climats ont d'ailleurs d'autres actions sur la tuberculose pulmonaire, ce qui rend inséparable l'héliothérapie de la climatologie.

(1) J. Malgat, *La cure solaire de la tuberculose pulmonaire*, Macon 1907, p. 15.

(2) Hadji-Ivanoff. Le traitement de la tuberculose par la radiation solaire, *Tuberculosis*, octobre 1910, p. 472.

(3) Morin, Le traitement de la tuberculose pulmonaire par l'héliothérapie, *Etudes sur la tuberculose*, Aigle, 1910, p. 163.

(4) Burnand, *In* rapport de Morin, *Loco citato*, p. 183.

(5) Jacquerod, *In* rapport de Morin, *Loco citato*, p. 180.

(1) Rollier, La cure solaire de la tuberculose chirurgicale. *Société médicale de la Suisse romande*, 21 octobre 1909. *Etude sur la tuberculose*, Aigle, 1910, p. 156.

(2) Von Schroetter, Sonnen und Höhenforschung, *Conférence internationale de la tuberculose*, Bruxelles, octobre 1910.

(3) Rosselet, *In* travail de Rollier, *Loco citato*, p. 150.

MOYEN SIMPLE PERMETTANT AU PRATICIEN

dépourvu d'étuve et de microscope de faire le séro-diagnostic de la Fièvre typhoïde

Ce moyen accessible, à tous les praticiens, est très répandu en Allemagne; il est très simple, rapide, exact et peu coûteux.

On se procure une culture de bacilles typhiques tués en émulsion stable, que l'on trouve dans le commerce en ampoules de 10 cc. se conservant indéfiniment. Ce liquide de culture est uniformément louche; en l'agitant on fait disparaître les petits flocons qui se déposent le long des parois de l'ampoule.

On prend dans cette ampoule, avec une pipette ou un compte-gouttes, L et C gouttes de la culture que l'on verse dans de petits tubes de verre; on ajoute dans chaque tube une goutte de sérum du sang que l'on veut examiner, de manière à avoir une dilution à 1/50 et à 1/100.

Si la séro-réaction est positive, de petits flocons blanchâtres se forment et se déposent sur les parois et au fond du tube, tandis que la partie supérieure se clarifie. La réaction est nette au bout d'une heure, et très appréciable si l'on a fait avec la culture employée un tube témoin qui permet de comparer la réaction.

Si la séro-réaction ne se produit pas, le tube en expérience et le tube témoin restent louches et aucune précipitation ne se produit.

Ce moyen mérite d'être vulgarisé, car il est de nature à rendre de très grands services dans les campagnes ou dans les expéditions isolées et lointaines, où le matériel de laboratoire fait complètement défaut.

LES PURGATIONS

DANS LA GENÈSE DE L'APPENDICITE (1)

Par le Dr P. GALLOIS

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

L'appendicite est une affection à l'ordre du jour. Ce n'est pas sans doute que les cas en soient plus fréquents qu'autrefois, comme certaines personnes le pensent, mais ils sont plus fréquemment diagnostiqués, parce que l'affection est mieux connue, grâce aux opérations qui sont de véritables biopsies.

La crainte de cette maladie crée, dans les familles, une sorte d'obsession comparable à celle que donnait autrefois la diphtérie, avant la découverte du sérum. Aussi, dans le public, se préoccupe-t-on des moyens propres à éviter les atteintes de ce mal redouté. A l'envie, médecins et chirurgiens, pour répondre à ce désir de la clientèle, ont formulé des conseils prophylactiques. En général, actuellement l'appendicite est considérée comme la conséquence de la constipation, et parmi les conseils donnés, revient habituellement la recommandation d'avoir le ventre libre et d'avoir recours à des purgatifs répétés au besoin.

Or, pour ma part, je suis peu partisan des purgatifs et je suis tout à fait ennemi des purgatifs à répétition. Je considère que toute purgation provoque une irritation de l'intestin et que si les purgations se répètent, elles produisent de l'entérite chronique et exagèrent encore la constipation. Le malade se trouve alors pris dans un cercle vicieux; plus il se purge, moins il va à la selle; moins il va à la selle et plus il se purge. Il n'y a pas de raison pour que cela finisse et, en réalité, cela n'en finit plus. J'agis avec les purgations comme avec la morphine, je ne les proscris pas absolument et je les utilise quand je le juge nécessaire, mais ce sont des médicaments dont il ne faut pas laisser prendre l'habitude aux malades, d'autant plus que cette habitude devient une véritable manie, une véritable maladie mentale.

Se purger souvent pour éviter l'appendicite me semble donc une erreur, et je comprend d'autant moins cette recommandation que tout le monde admet le danger de la purgation au moment d'une crise appendiculaire. Il me semble qu'il y a là une contradiction. En tout cas, il y a un danger certain. Il existe, en effet, des atteintes extrêmement légères d'appendicite qui ne se traduisent guère que par de la constipation. Si l'on ne se méfie pas on peut, par une purgation intempestive, provoquer une crise grave d'appendicite. Pour ma part, je purge très rarement mes malades et je ne vois chez eux presque jamais d'appendicite. En tout cas, ma famille est peut-être une des rares de Paris, où personne n'ait été opéré pour cette maladie. Il ne faut peut-être pas trop m'en vanter, car cela pourrait m'arriver et il y a probablement d'autres causes pouvant produire des abcès appendiculaires.

Par contre, j'ai vu d'assez nombreux cas d'appendicite à la suite d'un purgatif. L'observation que je vais vous rapporter brièvement est un des exemples les plus typiques, à mon avis, du rôle des purgations dans la genèse de cette affection.

Il s'agit d'un homme d'une trentaine d'années, habituellement constipé et qui, pour parer à cet inconvénient, prend assez fréquemment d'une certaine tisane « rafraîchissante »; et quand elle ne lui produit

(1) Communication faite à la Société de l'Elysée.

pas assez d'effet, il prend une véritable purgation. Sans cela, dit-il, il n'irait jamais à la selle. C'est une phrase classique, ce qui ne lui empêche pas d'exprimer une erreur. Ce malade habite la banlieue, je ne le soigne pas d'ordinaire; mais je connais sa famille et j'ai en quelquefois à lui donner des conseils médicaux à ma consultation.

J'ai été appelé auprès de lui le 30 septembre. Or, il avait des troubles digestifs depuis un certain temps, troubles pour lesquels il prenait de sa fameuse tisane rafraîchissante. Le 23 septembre, il consulte son médecin, qui lui ordonne de l'eau d'Hunyadi Janos pour le 24. Il va bien à la selle ce jour-là. Le 25 et le 26, il n'a pas de garde-robes; le 27, il reprend de la tisane rafraîchissante et comme elle n'a pas d'effet, le 28, il reprend de l'eau d'Hunyadi Janos. Il n'obtient qu'un résultat médiocre, la purgation ayant été vomie en partie. Le 29, il reprend de la tisane purgative. Mais ce jour-là il est pris de fièvre et de douleurs dans le ventre. Il fait venir son médecin, qui constate une appendicite. La famille me demande d'aller le voir, j'y consens après avoir prévenu téléphoniquement le médecin et je trouve, en effet, un beau gâteau péritonéal et une température ayant oscillée dans la journée, entre 39° et 40°.

Cette observation me paraît avoir presque la valeur d'une expérience de physiologie pathologique. En présence d'un pareil fait, il me parait impossible de soutenir que les purgations répétées sont capables d'empêcher la production de l'appendicite, elles me semblent, au contraire, l'avoir assez nettement provoquée.

***

De l'Appendicite chronique

SIMULANT LA TUBERCULOSE

Par M. le Dr FAISANS

Médecin de l'Hôtel-Dieu

La question de l'appendicite chronique est une de celles sur lesquelles les médecins émettent les opinions les plus diverses et les plus radicales. Les uns estiment qu'elle est une affection très commune : les autres soutiennent qu'on en exagère beaucoup la fréquence et paraissent tout prêts, si on les pressait quelque peu, à en contester l'existence. Parmi les premiers, ceux qu'on peut appeler les croyants, il y en a qui professent que c'est une affection bénigne dont on vient facilement à bout avec des traitements médicaux ou des régimes alimentaires; mais d'autres pensent que l'appendicite chronique n'est jamais une chose négligeable, qu'elle peut, par les malaises et les souffrances qu'elle détermine, empoisonner une longue existence, à moins que celle-ci ne soit brusquement arrêtée par une perforation suivie de péritonite septique; car, si les accidents mortels sont bien moins communs dans les appendicite chroniques que dans les aiguës, ils n'y sont pourtant pas impossibles.

Pour moi, je crois que l'appendicite chronique est tellement fréquente qu'il faut y penser toujours en clinique, et la rechercher systématiquement à l'aide d'un interrogatoire et d'un examen complémentaires, comme on recherche l'alcoolisme ou la syphilis chez un malade quelconque, pour ne pas laisser échapper une circonstance dont l'importance pourrait être grande pour le diagnostic, le pronostic ou le traitement.

C'est grâce à cette manière de faire qu'il m'arrive souvent de diagnostiquer l'appendicite chronique chez des personnes que l'on soigne pour des affections tout à fait différentes. Il faut savoir, en effet, que la symptomatologie de l'appendicite chronique peut se déformer au point de se réduire exclusivement aux troubles secondaires que la maladie a provoqués dans des organes éloignés : ainsi certains hépatiques et beaucoup de dyspeptiques ne sont que des appendiculaires ignorés. C'est aussi le cas des pseudo-phtisiques qui font l'objet de cette communication.

Au risque de surprendre la plupart de mes confrères, je dois dire que les malades que je vise ici, c'est-à-dire les gens chez lesquels l'appendicite chronique revêt le masque de la tuberculose, sont très nombreux, car il ne s'est presque pas écoulé de semaine, depuis quelques années, où je n'en aie observé un cas. A vrai dire, ce n'est pas à l'hôpital qu'on les rencontre et qu'on peut les étudier; il me paraît évident que l'appendicite chronique, sous toutes ses formes, est relativement rare dans la population ouvrière, et cela tient probablement à ce que ces pauvres gens ne peuvent pas tolérer longtemps une maladie qui diminue dans de fortes proportions leur aptitude au travail; dès les premières manifestations de l'appendicite ils se font opérer, à moins qu'ils ne meurent. Quoi qu'il en soit, si j'ai pu montrer à mes élèves de l'hôpital quelques-uns des cas auxquels je fais allusion, c'est dans mon cabinet que j'en ai vu le plus grand nombre; et je ne doute pas que ceux d'entre vous qui me feront l'honneur de contrôler mes assertions n'arrivent à les confirmer très rapidement.

ETUDE DES SYMPTOMES. — *Amaigrissement.* — Ces malades venaient me consulter spontanément ou m'étaient adressés par leur médecin parce qu'ils présentaient un ensemble de symptômes qui suggérait invinciblement l'idée de la tuberculose. Ils maigrissaient à vue d'œil, d'une manière régulière et graduelle et avaient perdu depuis quelques mois dix à vingt livres de leur poids; d'autres fois, l'amaigrissement datait de plusieurs années, mais alors il procédait par à-coups suivis de périodes dans lesquelles l'embonpoint tendait à augmenter.

Asthénie. — A ce premier symptôme, dont la cause n'apparaît pas, vient s'ajouter habituellement une sensation de lassitude que rien ne justifie; ces malades sont sans force, inaptes à tout travail régulier, fatigués dès le réveil; bref, ils présentent cette forme atténuée de neurasthénie qui fait partie de la symptomatologie normale de la tuberculose; leur mine est toujours mauvaise; leur teint pâle, leurs joues creuses et leurs yeux cernés complètent le tableau connu de tout le monde.

Douleurs thoraciques. — Les douleurs thoraciques ne sont pas rares chez les malades atteints d'appendicite chronique : la plus commune de toutes est une douleur occupant la moitié droite du dos, vers la partie moyenne : elle peut être très vive et se fait sentir presque sans interruption pendant très longtemps; on voit quelquefois une sensibilité anormale, une sorte d'hyperesthésie occuper les fosses sous-clavière et sus-épineuse du côté droit et y rendre la percussion à peu près impossible.

Dyspnée. — Avec ces douleurs thoraciques et peut-être à cause d'elles, mais peut-être aussi pour d'autres motifs (anémie et débilité générales, ballonnement abdominal, etc.), les malades sont sujets à l'essoufflement et ne peuvent monter un étage ou faire quelques pas en courant sans être plus ou moins oppressés; bien que la dyspnée ne soit pas un symptôme communément observé dans les phases initiales de la tuberculose, elle n'en contribue pas moins avec les douleurs dont je viens de parler à retenir l'attention du malade et du médecin sur l'état de la poitrine; et l'idée d'une tuberculose latente s'installe de plus en plus dans l'esprit de tout le monde.

Fièvre. — Il va sans dire que lorsque ces symptômes se trouvent réunis on s'inquiète de savoir si le malade a de la fièvre et on fait prendre sa température plusieurs fois par jour; si le thermomètre ne s'élève pas au-dessus de 37°, on est surpris; mais on se dit que la fièvre ne tardera pas à s'allumer et on suspend jusque-là son jugement; en revanche, si l'on constate la moindre élévation de température, on ne manque pas d'y voir la justification des appréhensions que l'on avait conçues et on formule comme certain un diagnostic qui jusque-là n'apparaissait que comme probable.

Or, il est un fait dont la réalité m'est démontrée depuis une dizaine d'années : c'est qu'il existe assez souvent de la fièvre au cours de l'appendicite chronique; et je ne veux pas parler seulement des mouvements fébriles passagers qui peuvent accompagner les crises aiguës, quand il en existe, mais d'une fièvre permanente et que l'on peut appeler chronique, aussi bien que l'affection qui lui donne naissance; c'est une fièvre vespérale, toujours peu intense, atteignant rarement et ne dépassant presque jamais 38°, caractérisée par un écart anormal de 6 à 10 dixièmes entre la température du matin et celle du soir. En même temps que la température s'élève, la fréquence du pouls augmente quelque peu; mais il n'existe pas de ces tachycardies disproportionnées avec la température qui constituent un symptôme si important de la tuberculose dès les premières phases de son évolution.

Si légère qu'elle soit, la fébricule de l'appendicite chronique est accompagnée de sensations pénibles frissonnements, chair de poule, fatigue, accablement; les appendiculaires « sentent leur fièvre » suivant l'expression consacrée, et il y a là un signe diagnostique qui ne manque pas d'importance car, par opposition, la fièvre bacillaire n'est pas sentie, ou ne l'est que peu; on voit tous les jours des tuberculeux qui affirment qu'ils n'ont pas de fièvre et se déclarent très dispos au moment précis où le thermomètre atteint 39°5 ou 40°.

Cette fébricule appendiculaire est parfois d'une durée très longue, et par là, je veux dire qu'elle peut persister indéfiniment sans changements notables; j'ai vu des malades qui ont été suivis patiemment pendant un an, 15 et 18 mois, et chez lesquels on constatait avec une régularité désespérante un écart d'un degré entre la température du matin et celle du soir.

Comme la fièvre des tuberculeux, celle des appendiculaires est influencée par le mouvement et la fatigue, à un moindre degré par le travail intellectuel et par les repas. C'est à tort que Daremberg a décrit ce symptôme : fièvre provoquée ou fièvre aggravée par l'exercice, comme caractéristique de la tuberculose; il est probable que cet effet de l'exercice se fait sentir sur toutes les fièvres de quelque durée. J'affirme en tout cas qu'il est de règle chez les appendiculaires : quand ils gardent le repos, leur fièvre ne disparaît pas complètement, mais est réduite au minimum : 36°7 ou 36°9 le matin, 37°4 ou 37°6 le soir; c'est après une marche un peu longue, et seulement à ce moment-là, qu'ils atteignent 38 à 38°2.

Sueurs nocturnes. — Les exacerbations thermiques vespérales sont en général de courte durée; au moment où elles prennent fin il peut se produire un peu de transpiration et celle-ci ne manque pas d'être élevée, sous le nom de sueurs nocturnes, à la hauteur d'un symptôme capital. Il faut ajouter d'ailleurs, que, l'idée d'une tuberculose imminente ou réalisée impliquant pour presque tout le monde la nécessité de se garantir contre le froid, la plupart de ces malades vivent dans des appartements surchauffés, se couvrent la nuit à l'excès et provoquent artificiellement des sudations qu'ils s'empressent de mettre sur le compte de leur maladie.

Toux. — L'amaigrissement et la déchéance progressive de l'état général, les douleurs thoraciques persistantes, la fièvre et les sueurs nocturnes constituent un ensemble qui, il faut bien le reconnaître, est assez impressionnant.

Supposez que, dans ces conjectures, il survienne une trachéo-bronchite de quelque durée; supposez encore que, en vertu d'une coïncidence d'ailleurs fréquente, ces malades soient atteints d'une pharyngite chronique provoquant tous les matins un peu de toux et l'expulsion de quelques mucosités; il n'en faut pas davantage pour que la tuberculose que l'on craint, que l'on attend, devienne très vraisemblable. On examine donc ces malades de plus en plus souvent, on les ausculte avec un soin de plus en plus minutieux, et on finit par découvrir un signe physique qui permet d'affirmer l'existence d'une lésion tuberculeuse et d'en préciser le siège. Souvent, d'ailleurs, ce signe physique est purement imaginaire; j'ai vu de nombreux malades dont les poumons présentaient évidemment tous les caractères de l'état physiologique et chez lesquels un ou deux médecins, obéissant sans doute à une sorte de suggestion, avaient constaté au niveau d'une fosse sus-épineuse de la submatité, quelque anomalie respiratoire, et jusqu'à des craquements. Mais il n'est pas rare non plus que l'examen de la poitrine fasse, en effet, constater quelque signe physique, et il va sans dire que la difficulté du diagnostic en est singulièrement aggravée. Mais ici, il y a deux groupes de faits, qui doivent être envisagés séparément.

Signes physiques. — On sait que, dans certaines circonstances, l'appendicite est capable de déterminer des foyers infectieux secondaires, non seulement dans d'autres parties du ventre, mais jusque dans la cavité thoracique; on a décrit des poussées de pleurésies sèches, de pleurésies séreuses ou suppurées, et aussi des états pulmonaires variés : congestions pulmonaires, broncho ou pleuro-pneumonies. Ces diverses lésions se développent en général au cours d'une crise d'appendicite, dont elles constituent des complications redoutables; mais elles peuvent survivre à la crise aiguë sous des formes atténuées, et persister très longtemps avec de longues périodes d'assoupissement suivies de réveils passa-

gers; ces derniers sont provoqués, sans doute, par des recrudescences plus ou moins manifestes de l'appendicite ancienne, si l'on en juge par l'aggravation momentanée des troubles dyspeptiques, de l'amaigrissement et même de l'état fébrile. Or, au moment de ces recrudescences, l'examen du thorax fait constater, au niveau de la moitié inférieure du côté droit, de la diminution du son de percussion, de la faiblesse du murmure vésiculaire et des bruits adventices complexes, frottements pleuraux, râles vibrants de bronchite, râles sous-crépitants; quelques jours plus tard, tous ces signes ont disparu, et il ne reste qu'une respiration obscure, symptomatique d'une symphyse ancienne et d'atélectasie. J'ai vu quelques malades qui ,présentant les signes ci-dessus en même temps que la plupart des phénomènes généraux sur lesquels j'ai longuement insisté, étaient considérés comme des tuberculeux à localisation atypique, alors qu'ils étaient atteints d'appendicite chronique.

Dans un second groupe de faits, beaucoup plus nombreux que les précédents, c'est au sommet du poumon droit que l'auscultation fait percevoir une anomalie, et cette anomalie est toujours une faiblesse du murmure vésiculaire.

L'interprétation de ce signe physique est vraiment délicate. Comme je le constatais fréquemment chez des malades qui étaient atteints d'appendicite chronique, la première idée qui se présentait à mon esprit était celle d'une tuberculose développée secondairement, à la faveur de l'appendicite, ou bien encore d'une tuberculose iléo-cœcale ancienne, suivie plus récemment d'une tuberculose pulmonaire; mais ces deux explications ne me paraissaient pas satisfaisantes : la première perdait toute valeur du fait que cette prétendue tuberculose qui aurait dû, dans les conditions où elle se montrait, faire des progrès rapides, s'immobilisait indéfiniment; la seconde ne résistait pas à un examen attentif du ventre, qui montrait que les lésions de l'appendice n'avaient rien de commun avec la tuberculose.

Faut-il admettre que l'appendicite que nous avons vue produire des lésions variées du lobe inférieur droit est également capable de réagir sur le lobe supérieur et d'y déterminer des congestions qui se traduiraient par cette faiblesse de la respiration? Je ne ferai remarquer qu'une chose : c'est qu'il serait bien curieux qu'un état aussi variable qu'une congestion se manifestât constamment par le même signe et que celui-ci restât toujours invariable. Il me paraît beaucoup plus logique de voir dans ces faits une simple coïncidence. On se rappelle la discussion qui eut lieu, il y a deux ou trois ans, à propos d'une communication du docteur Bezançon sur la valeur de la respiration faible dans le diagnostic du début de la tuberculose; l'opinion la plus commune, si je ne me trompe, fut que la valeur de ce signe est médiocre, parce que, s'il peut être symptomatique d'une lésion tuberculeuse commençante, il est trop souvent réalisé par les causes les plus variées et les plus banales, malformations nasales, asymétries thoraciques, etc.

Quoi d'étonnant qu'un signe comme celui-ci puisse se rencontrer fortuitement chez des gens atteints d'une appendicite chronique? En fait, on l'y observe fréquemment et, comme on note en même temps que lui tous les troubles fonctionnels et les phénomènes généraux que crée la tuberculose, il n'est que trop facile de comprendre que l'erreur soit fréquemment commise.

Importance du diagnostic. — Une pareille erreur est regrettable en toutes circonstances, car il ne peut jamais être indifférent de savoir si l'on est atteint d'une maladie comme la tuberculose, dont le pronostic, toujours incertain, est le plus souvent redoutable et dont le moindre tort, dans les cas les plus heureux, est de nécessiter des traitements de deux ou trois années consécutives. Mais si l'on songe à l'âge de la vie où le problème se pose le plus habituellement, c'est-à-dire entre quinze et vingt-cinq ans, on voit tout de suite l'intérêt qui s'attache à la solution que recevra ce problème. S'agit-il d'une appendicite chronique? le malade devra subir une opération relativement bénigne qui lui assurera en quelques jours la guérison ou, pour le moins, une sérieuse amélioration. S'agit-il au contraire, de tuberculose pulmonaire? c'est pour le malade et souvent pour toute sa famille une existence bouleversée : études interrompues, carrière compromise, espoirs d'avenir déçus, mariages ajournés ou rompus, déplacements coûteux, etc., etc. Quand tous ces sacrifices sont nécessaires, notre devoir est de les imposer aux familles. Mais quelle responsabilité est la nôtre quand rien ne les justifie?

Inefficacité et dangers de l'alimentation carnée. — Le diagnostic de l'affection tuberculeuse étant, pour les motifs que j'ai dits, ou soupçonné ou catégoriquement affirmé, le médecin croit de son devoir d'instituer les médications variées auxquelles il ajoute la cure diététique; et il insiste d'une manière particulière sur l'utilité de la suralimentation ou, tout au moins, d'une alimentation abondante, dans laquelle les œufs et la viande jouent le rôle le plus important. C'est précisément le régime opposé à celui qui convient aux affections intestinales et notamment à l'appendicite chronique; aussi les malades auxquels on l'impose le supportent-ils très mal; au bout de peu de jours, ils ont de l'inappétence, des digestions pénibles, des coliques, des diarrhées glaireuses: à ces moments-là la température peut augmenter et la fébricule appendiculaire devient une véritable fièvre à 38°5 ou 39°. Cela ne dure qu'un petit nombre de jours; une diète sévère améliore la situation, mais le malade n'en a pas moins subi une nouvelle perte de poids, qu'on tâchera de réparer au plus vite: dès qu'on croit la chose possible, on fait un nouvel essai d'alimentation carnée et la même intolérance se manifeste. J'ai vu des malades qui pendant plusieurs années consécutives, subissaient ces alternatives, sans que, d'ailleurs, quelque changement fondamental apparût dans leur état de santé; les améliorations relatives n'arrivaient jamais à un degré qui leur donnât satisfaction; mais ils ne s'aggravaient pas non plus d'une manière appréciable et, même dans les périodes les plus mauvaises, celles où la balance accusait la perte de quelques kilogrammes, les signes physiques, quand il y en avait, ne se modifiaient pas et la prétendue lésion ne faisait pas un pas en avant. Si nous ne voyons le malade qu'une fois, dans notre cabinet de consultation, ces détails-là peuvent nous échapper: nous pouvons ne pas en saisir la signification; mais quand on suit les malades pendant assez longtemps, on est frappé de ce qu'il y a d'illogique et d'inexplicable dans ce fait d'une tuberculose qui ne dépasserait pas son stade initial et s'immobiliserait indéfiniment dans des conditions où il semblerait qu'elle pût faire des progrès rapides; et l'on finit par se demander si le cas ne serait pas susceptible d'une autre interprétation.

Moyens de diagnostic tirés de l'analyse de chaque symptôme. — Si l'on reprend tous les symptômes que j'ai décrits, on est bien obligé de convenir qu'aucun d'eux n'appartient en propre à la tuberculose; d'autre part, si l'on analyse avec quelque minutie chacun de ces symptômes, on y découvre des particularités propres à éveiller le doute et à faire penser qu'il pourrait bien être question d'autre chose que de tuberculose.

Prenons, par exemple, l'amaigrissement : il est vrai que la tuberculose peut, avant toute localisation perceptible, donner lieu à d'énormes pertes de poids; mais cette anomalie ne dure guère que quelques semaines, un petit nombre de mois, au bout desquels se fait voir dans un sommet une lésion qui, le plus souvent, dans ces cas-là, marche rapidement; il est vrai aussi que, chez quelques tuberculeux, il y a un remarquable défaut de proportion entre les lésions pulmonaires qui paraissent minimes, et l'état général qui est très mauvais; tous les médecins ont vu de ces formes un peu déconcertantes. Mais outre que, en pareil cas, ce n'est pas le diagnostic qui est en jeu, l'existence des lésions n'étant pas douteuse, ce défaut de proportion fait bientôt place à l'harmonie habituelle des symptômes. Dans les cas d'appendicite chronique auxquels je fais allusion, l'amaigrissement, durant quelquefois depuis plusieurs années, et la tuberculose, qui est censée en être la cause, ne se montre toujours pas!

L'amaigrissement considérable et persistant a été depuis longtemps décrit par les chirurgiens comme un des symptômes les plus communs de l'appendicite chronique, et il serait extraordinaire qu'il en fût autrement étant donné l'état dyspeptique que présentent presque tous les appendiculaires. On m'objectera sans doute que nous avons la dyspepsie des tuberculeux, mais je répondrai immédiatement que l'objection n'a pas de valeur; car ce que l'on appelle la dyspepsie des tuberculeux n'est, le plus souvent, qu'une gastrite provoquée par l'abus des médicaments; quant aux troubles gastriques qui s'observent au début de la tuberculose, ils se bornent ordinairement à de l'inappétence et à la toux émétisante, et ceci ne présente aucune analogie avec les troubles digestifs proprement dits, variables d'ailleurs, mais toujours importants, que présentent les appendiculaires. Dans ces derniers cas, le catarrhe gastrique se manifeste par une langue toujours sale, recouverte d'un enduit saburral jaunâtre, tandis que la langue des tuberculeux est ordinairement propre; en clinique, ce sont des indices insignifiants qui mettent souvent sur la voie du véritable diagnostic.

De tous les symptômes dont l'ensemble forme le tableau clinique commun à la tuberculose et à l'appendicite chronique, c'est la fièvre qui est le plus susceptible de provoquer et d'entretenir les erreurs. C'est une notion classique que la tuberculose est, pour ainsi dire, la seule maladie chronique déterminant une fièvre intermittente, de sorte que, pour tous les médecins, la constatation plusieurs fois renouvelée d'accès fébriles vesperaux fait naître presque sûrement l'idée de la tuberculose. Or, il y a là une erreur qu'il importe de redresser. J'ai parlé plus haut de la fébricule appendiculaire. Il y a au moins une autre affection qui détermine des effets analogues : c'est l'adénoïdite rhino-pharyngée. Dans cette affection, comme dans l'appendicite chronique, il s'agit d'une fièvre légère, provoquée ou aggravée par l'exercice, et s'éternisant pendant des mois ou des années; et ces caractères, si l'on prête suffisamment d'attention, permettent de différencier ces espèces de fièvres de celle qui appartient à la tuberculose, celle-ci se manifestant en général par des écarts de température plus accentués et ne durant pas au delà de quelques semaines, sans que l'examen de la poitrine révèle une aggravation des lésions. J'estime qu'on peut admettre comme généralement vraie, en clinique, la proposition suivante : quand une fièvre intermittente dont les maxima ne dépassent pas 38° dure sans interruption pendant plusieurs mois, *a fortiori* pendant des années, il y a beaucoup de chances pour qu'elle ne soit pas sous la dépendance d'une tuberculose pulmonaire; elle doit faire penser, chez l'adulte, à l'appendicite chronique; au-dessous de quinze ans, à cette même affection ou à la pharyngite chronique.

Moyens de diagnostic tirés des commémoratifs et de l'état actuel. — Si l'analyse méticuleuse des troubles fonctionnels ne donne pas de résultats assez nets, il est bien rare que l'examen complet de tous les appareils et la recherche des commémoratifs ne fassent pas faire des constatations intéressantes. On retrouve, en effet, dans le passé du malade, à des époques plus ou moins lointaines et variant de quelques mois à plus de vingt ans, des crises de douleurs abdominales siégeant dans le côté droit du ventre, parfois accompagnées de vomissements; après quelques crises de ce genre, dont le diagnostic rétrospectif est facile à faire, les douleurs étaient devenues moins violentes, moins bien localisées, mais le ventre restait habituellement sensible, tantôt à droite, tantôt à gauche, souvent au creux épigastrique; cette sensibilité s'exaspérait à l'occasion de mouvements violents, de sauts, de marches prolongées; chez les femmes, elle devenait plus vive à l'approche des règles. Si on interroge ces malades sur l'état de leurs digestions, on voit qu'ils ont des troubles importants, de la dilatation de l'estomac, une constipation opiniâtre, de temps en temps des garde-robes glaireuses; et quand on examine leur ventre, la pression permet de constater, soit une douleur exclusivement limitée au point de Mac Burney, soit un endolorissement des diverses portions du colon, avec maximum dans la région iléo-cœcale.

Le plus souvent, d'ailleurs, les malades atteints d'appendicite chronique ne parlent guère au médecin que de leur ventre et de leurs digestions; le médecin a beau échafauder des diagnostics compliqués pour y trouver l'explication de la fièvre et des autres symptômes, eux ont bien la sensation qu'ils ne sont que des « abdominaux », et si on suivait leurs indications, on ne s'égarerait pas sur de fausses pistes. Ce n'est qu'à partir du moment où le médecin leur a fait part de ses appréhensions que leur état d'esprit se modifie et qu'ils contribuent, par leurs exagérations, à entretenir la première erreur.

La juxtaposition d'un passé abdominal qui *doit* faire penser à une appendicite ancienne et de symptômes actuels qui *doivent* faire admettre que cette appendicite évolue encore sous la forme chronique, n'est pas toujours possible. Dans certains cas, les malades dissimulent volontairement ou dénaturent les renseignements qui pourraient mettre le médecin sur la bonne voie; j'en ai vu personnellement qui se doutaient depuis longtemps qu'ils étaient atteints d'appendicite, mais qui ne voulaient pas que la démonstration en fût faite, et qui répondaient en conséquence à l'interrogatoire auquel je les soumettais; chez quelques-uns, le diagnostic d'appendicite avait été catégoriquement posé, mais ils ne voulaient plus en entendre parler, parce qu'ils étaient bien décidés à ne pas se laisser opérer. Tout récemment, un malade de ce genre à qui je posais des questions qu'il trouvait indiscrètes, me fit observer qu'il était soigné pour son intestin par un spécialiste dont il n'avait qu'à se louer, et qu'il ne me consultait que pour sa poitrine.

Dans d'autres circonstances, c'est de très bonne foi que les malades trompent le médecin; s'ils ont eu autrefois de l'appendicite, les symptômes en ont été tellement atténués qu'on n'en a pas compris la signification; ou bien, s'il y a eu des crises nettes, c'est à des époques tellement reculées que l'on en a presque perdu le souvenir : le malade ou son entourage se rappellent vaguement qu'il y avait eu, il y a très longtemps, des crises douloureuses, peut-être accompagnées de vomissements, qu'on avait pensé à de l'appendicite, mais qu'un traitement et un régime appropriés avaient été suivis de guérison. Beaucoup de cas d'appendicite chronique sont la suite naturelle d'appendicite aigues soi-disant guéries par le traitement médical.

En dépit de la mauvaise volonté ou des défaillances de mémoire, on arrive généralement à reconstituer les commémoratifs, pourvu qu'on mette dans son interrogatoire un peu d'adresse, de la patience et même de l'obstination : il faut poser la même question plusieurs fois sous des formes différentes, car il n'est pas rare de voir une personne qui vient d'affirmer qu'elle n'a jamais souffert du ventre déclarer quelques minutes après qu'elle a eu plusieurs

ndigestions, c'est-à-dire des douleurs violentes avec des vomissements alimentaires.

Traitement. — Dans tous les cas où j'ai fait depuis une dizaine d'années le diagnostic de cette forme d'appendicite chronique, j'ai conseillé l'ablation de l'appendice malade; il m'est arrivé souvent, ne me trouvant pas suffisamment éclairé, de demander aux malades d'ajourner toute décision, de s'observer et de se faire observer par leur médecin, de faire examiner leur ventre, surtout en cas de recrudescence de douleurs et de troubles digestifs; car il y a de ces appendicites qui, silencieuses dans deux ou trois examens successifs, deviennent évidentes à un autre moment. Dès que le diagnostic est posé, j'estime qu'on doit conseiller l'opération; c'est ainsi que je me conduis invariablement, et je dois dire que toutes les interventions chirurgicales qui se sont produites dans ces conditions ont permis de constater que les appendices portaient des lésions plus ou moins profondes, mais évidentes, d'appendicite chronique.

Résultats opératoires. — Quant aux résultats de ces opérations, ils ont été variables, et, en général, d'autant meilleurs que la maladie était moins ancienne; quand les débuts de l'appendicite ne remontent pas à plus de deux ou trois ans, on a le droit de compter sur la guérison complète; dans les cas moins favorables, on observe des améliorations très considérables, mais avec des rechutes légères et plus ou moins espacées; dans certaines circonstances, il semble que l'opération n'ait en rien modifié la situation du malade, qui continue à éprouver les mêmes malaises; mais au bout de quelques mois l'amélioration apparaît et va en augmentant. Parmi les malades dont j'ai eu ultérieurement des nouvelles, je n'en connais pas un seul qui ne se soit félicité, à un degré quelconque, de s'être fait opérer. En tout cas, il n'y en a pas un seul qui soit mort de l'opération, et je voudrais pouvoir dire avec la même certitude que, parmi ceux qui n'ont pas suivi mon conseil et que j'ai perdu de vue, il n'y en a pas un seul qui soit mort de sa maladie.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Les douleurs de la menstruation.

M. Siredey donne les conseils suivants pour traiter les douleurs de la menstruation (traitement de la crise.)

Lorsque la crise éclate, il faut avant tout apaiser les douleurs, calmer le système nerveux, et assurer le plus promptement possible aux malades le soulagement qu'elles réclament.

Si l'on est appelé avant l'apparition du flux menstruel, on prescrira avec avantage un bain chaud prolongé de 37-38°, que l'on renouvellera au besoin deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures, et dont on pourra élever progressivement la température jusqu'à 30° si les circonstances le permettent.

L'apparition d'un suintement sanguin plus prononcé ne constituerait aucune contre-indication et la détente produite par le bain chaud ne pourrait que faciliter l'écoulement physiologique. En dehors du bain, on imposera le repos au lit, on conseillera des onctions calmantes suivies de l'application de compresses humides chaudes ou de cataplasmes chauds peu épais qu'on changera toutes les trois ou quatre heures.

Pour les onctions, on se servira de l'une ou l'autre de ces préparations :

A. Huile de camomille camphrée } ââ 50 centim. cubes
Huile de jusquiame }
Teinture d'opium .... 10 grammes
Chloroforme .... 12 grammes

B. Pommade avec :

Chloral .... } 15 grammes
amphre .... }
inture d'opium .... 10 grammes
Lanoline .... 20 grammes

On administre les calmants de préférence par la voie rectale, en raison de la tendance aux vomissements, si communs au cours de ces crises.

On emploiera de petits lavements à garder, de 120 à 150 grammes d'eau bouillie simple ou de décoction de graines de lin bien chaude (50 à 52°), auxquelles on ajoutera de *vingt à trente gouttes* du mélange suivant :

Teinture de belladone .... } ââ 2 grammes
Teinture de cannabis indica .... }
Laudanum de Sydenham .... 12 grammes

Si les douleurs sont vives, on fera dissoudre dans le lavement, avant d'y ajouter la mixture, de 0,50 centigrammes à 1 gramme d'antipyrine.

Des lavements de 2 gr. 50 d'hydrate de chloral et de XX à XXV gouttes de laudanum rempliront à peu près le même but.

Ces lavements pourront être remplacés par les suppositoires suivants :

Chlorhydrate de morphine .... deux centigrammes
Extrait de belladone .... } ââ un centigramme
Extrait de cannabis indica .... }
Antipyrine .... 0,50 centigramme
Beurre de cacao .... 3 grammes

Ces doses seront modifiées d'ailleurs suivant les circonstances.

On laissera un intervalle de quatre heures au moins avant de renouveler ces lavements ou suppositoires.

Si ces moyens ne procurent pas l'apaisement on sera obligé de recourir aux injections de morphine. Mais c'est un procédé dont on devra se défier; par son retour périodique, il exposera singulièrement les jeunes femmes à une accoutumance dangereuse. Aussi ne devra-t-on l'employer que dans les cas où les souffrances des malades sont telles qu'il est urgent de les soulager.

Si l'estomac n'est pas trop intolérant, on trouvera encore des adjuvants précieux parmi les médicaments analgésiques : l'antipyrine, l'aspirine, le pyramidon.

Dalché recommande de donner trois fois de suite, à une demi-heure d'intervalle, XX gouttes d'extrait fluide de seneçon dans une cuillerée à soupe d'eau sucrée.

Dans certains cas, on est arrivé à calmer (Fliess et Berlin), des crises de dysménorrhée en badigeonnant la *muqueuse pituitaire* avec une solution de cocaïne ou de morphine. Bonnier a obtenu dans nombre de cas la suppression définitive des crises par la cautérisation de la région externe des cornets inférieurs.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Consultations et Formulaire de Thérapeutique Gynécologique, par le Dr M. Sénéchal, chirurgien-assistant de la Maison Départementale de la Seine. 1 vol. in-18 de 360 pages, année 1910. Prix : Relié, 5 francs, net, 4 fr. 50; broché, 4 francs, net, 3 fr. 50. Franco de port. (Bernard Charmoy, 9, rue d'Assas, Paris.)

Les formulaires ont pris, à notre époque, une importance considérable dans la littérature médicale. Bien compris, rédigés avec soin, ils offrent, sous un volume réduit, une foule de renseignements longs, fastidieux à rechercher, parfois introuvables dans les gros traités.

Parmi ces petits ouvrages sans prétentions didactiques, rares sont les formulaires de thérapeutique gynécologique. Marcel Sénéchal a su, sous un volume réduit, réunir à la fois de nombreuses formules qui rendront de multiples services dans la pratique gynécologique, des renseignements précisant et décrivant les manœuvres de petite chirurgie gynécologique à la portée de tous les praticiens vraiment dignes de ce nom. Il n'a pas négligé non plus de définir les indications d'interventions opératoires plus importantes du ressort du spécialiste

Divisant son ouvrage en trois parties, précédées elles-mêmes de quelques notions générales, il passe successivement en revue les affections des organes génitaux externes, les organes génitaux internes, la troisième partie constitue le formulaire.

En publiant ce livre, le Dr Sénéchal a fait œuvre utile. Tout praticien le conservera.

Il renseigne assez sur le mode habituel d'un examen complet pour éviter toute tendance à le différer.

Il indique brièvement, d'après les symptômes fonctionnels et suivant la région atteinte, les affections auxquelles il faut tout d'abord songer.

La thérapeutique y est représentée sous la même forme pratique : très documentée alors qu'il s'agit d'une lésion dont le médecin traitant peut entreprendre la cure; elle se contente d'indications courtes et précises alors qu'il s'agit d'interventions dont l'exécution reviendra au chirurgien.

Quel est celui d'entre nous, familiarisé avec les grandes interventions, qui ne se soit trouvé parfois à court de formules alors qu'il s'agissait d'un eczéma génital ou de telle autre affection, qui, tout en ne réclamant aucun acte opératoire, n'en relève pas moins de la gynécologie?

Bien lui en prendra d'avoir sous la main le livre qui paraît aujourd'hui, livre fait d'expérience et de savoir.

CARNET DU PRATICIEN

Kératite à hypopyon

Assurer l'occlusion de l'œil à l'aide d'un pansement sec, introduire fréquemment dans le sac conjonctival des topiques antiseptiques et pratiquer les instillations d'atropine pour prévenir la propagation de l'infection aux membranes profondes, à condition toutefois que l'ulcère ne soit pas profond lui même.

On prescrira trois fois par jour l'introduction de la *pommade iodoformée à 2 p. 100.*

Chaque jour, on instillera une ou deux gouttes du collyre suivant :

Collargol .... 0 gr. 40 centigr.
Eau distillée bouillie.. 10 grammes

On se trouve bien aussi des applications chaudes répétées trois à quatre fois par jour pendant 10 minutes On se servira de la *solution de cyanure d'hydrargyre à 20 centigrammes pour 1.000.*

(Félix Terrien.)

Convalescence de la grippe

D'après le professeur Grasset, si des névralgies persistent après la crise de grippe, faire prendre aux repas, deux fois par jour, un cachet contenant:

Bromhydrate de quinine........ 25 ctg.

Faire boire aux repas de l'eau d'Orezza, comme boisson habituelle mélangée au vin.

Prendre à chaque repas une cuillerée de :

Extrait hydro-alcool de kola. 10 grammes
Sirop d'écorces d'oranges... 300 cc.

ou une cuillerée à café :

Teinture de kola........ 0.50 cc.
— de coca........ 0 50 —
Liqueur de Fowler........ LX gouttes

ou mieux :

8 pilules de globéol
2 à chaque repas et 2 une heure avant.

Hépatite paludéenne

Prendre matin et soir, une cuillerée à bouche de :

Arséniate de soude........ 0 gr. 25
Eau........ 300 grammes

Prendre, en outre, en une ou deux fois, dans du café noir après le repas, un paquet de :

Poudre de quinquina jaune... 4 grammes
— — rouge... 4 —

On bien: 8 à 10 bols par jour:

Poudre de quinquina gris...... 0 gr. 12
— — jaune..... 0 gr. 12
Extrait de quinquina........ 0 gr. 25

faire 60 semblables.

Douche froide le matin. Jet droit dirigé brusquement sur le rachis. Terminer par un jet brisé sur les régions hépatique et splénique.

Au bout d'un mois, remplacer le quinquina et l'arsenic par une préparation ferrugineuse. Continuer l'hydrothérapie Revenir ensuite au premier traitement et ainsi de suite.

Dr A. Robin.

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 40.000 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 38, rue J.-J. Rousseau

Le Gérant : Docteur Lucien-Graux.

VILLES DE SAISON

CE QUI SE PASSE

Les Stations thermales et le Parlement

Le groupe interparlementaire des stations thermales a déjà tenu deux séances. Dans la première, il a constitué son bureau; dans la seconde il a recueilli les dépositions des principaux représentants de la science hydrologique et de l'industrie thermale. Après cela, il a fixé le programme provisoire de ses travaux, qui comprend trois termes :

1° Recherche des moyens de donner son maximum d'effet à la loi sur la taxe de séjour et sur les chambres d'industrie thermale, loi votée en 1910 par le Parlement;

2° Création d'une chaire d'hydrologie et de climatologie à la Faculté de médecine de Paris;

3° Création d'un grand institut d'hydrologie et de climatologie.

M. le professeur Robin, dans un article publié dans le *Temps* du 1er février, donne d'intéressants renseignements sur l'exécution de ce programme. Voici ce qui concerne la nouvelle chaire.

« La création d'une chaire d'hydrologie et de climatologie à la Faculté de médecine de Paris est réclamée, on le sait depuis vingt ans par tous les congrès d'hydrologie, par les syndicats de médecins des eaux minérales et même par les grandes compagnies de chemins de fer. Les conseils municipaux de plus de soixante stations ont exprimé le même vœu et ils ont chargé leurs sénateurs et leurs députés de l'appuyer.

La commission permanente des eaux minérales auprès du ministère de l'intérieur a voté, elle aussi, le principe de la chaire et chargé une sous-commission, présidée par le professeur Armand Gautier, de l'Institut, et par M. Sarrien, ancien président du Conseil des ministres, d'étudier les moyens pratiques d'en obtenir la fondation. Le groupe interparlementaire aura d'autant plus de chance de faire aboutir cette innovation qu'il n'en coûtera rien à l'Etat, puisque le syndicat des stations thermales de France, directement intéressé dans la question, s'engage à faire les frais de la chaire.

La seule condition mise par le syndicat des stations thermales, à sa donation, c'est que le professeur désigné présente certaines garanties. Pour cela, il demande d'abord que l'homme choisi soit compétent, c'est-à-dire que ses œuvres écrites démontrent qu'il a consacré sa vie à l'étude des eaux minérales, et ensuite qu'il s'engage à se fixer définitivement dans son enseignement, c'est-à-dire qu'il ne fasse pas de clientèle (pour être à même de voyager) et *quil ne puisse jamais permuter*.

En ce moment, il y a dans les milieux officiels une certaine tendance à faire de l'hydrologie une simple branche de la physiothérapie. Cette conception est absolument contraire à celle des stations et des médecins hydrologues. L'hydrologie a droit à sa vie propre, tant au point de vue de la science et de la pratique médicales qu'à celui des intérêts qu'elle représente. Une chaire de physiothérapie, par exemple, qui serait occupée par un électricien ou par un professeur de diététique ne remplirait nullement le but que s'est proposé le groupe interparlementaire. »

Nos annonces.

La *Gazette* n'accepte la publicité que provenant de maisons sérieuses et nos lecteurs peuvent recommander sans crainte les spécialités qui s'y trouvent annoncées. Découpant les annonces en citant ce journal, ils recevront les échantillons dont ils auraient besoin pour leurs essais cliniques.

ÉCHOS

Le travail aux étalages.

M. Julien Goujon a déposé une proposition de loi tendant à réglementer le travail des femmes et des mineurs de moins de dix-huit ans, à l'extérieur des bazars et des grands magasins. Le texte de cette proposition est le suivant :

L'article premier de la loi du 29 décembre 1900 est complété ainsi qu'il suit :

« Dans les mêmes établissements, il est formellement interdit d'employer plus de deux heures de suite, et six heures par jour, les femmes ou les enfants de moins de dix-huit ans, à la surveillance ou à la vente de marchandises exposées à un étalage sur la voie publique.

Les prescriptions relatives au siège et au chauffage sont applicables, au dehors comme à l'intérieur des bazars et des grands magasins.

Ministère de l'Intérieur.

Un arrêté ministériel en date du 24 janvier 1911 décide que lorsqu'il y aura lieu de pourvoir à une ou plusieurs vacances d'inspecteur général adjoint des services administratifs du ministère de l'Intérieur, il sera procédé à un concours qui ne sera ouvert qu'à des docteurs en médecine ou techniciens d'une compétence spéciale en matière d'hygiène publique ou de médecine sanitaire.

L'arrêté du ministre qui fixera le nombre des places mises au concours sera inséré au moins cinquante jours avant la date fixée pour le concours.

Les détails concernant l'inscription des candidats, les épreuves et le programme du concours sont publiés dans le *Journal officiel* du 26 janvier 1911.

Le massage, exercice illégal de la médecine.

Le fait de pratiquer sans ordonnance de médecin des massages pour le traitement d'une coxalgie ou d'une fracture du bras constitue le délit d'exercice illégal de la médecine.

Telle est la décision que, sur réquisitoire de M. le substitut René Tortat, et après plaidoirie de Me Camille Comby, vient de rendre la dixième chambre correctionnelle, présidée par M. Gallois.

Le prévenu, qui exerce la profession de masseur, a été condamné à trois cents francs d'amende.

IIIe Congrès de balnéologistes.

Il se tiendra, à Berlin, dans les premiers jours du mois de mars de la prochaine année, sous la présidence du Professeur Brieger. Pour les inscriptions, communications et tous renseignements, s'adresser au Dr Brock, Thomasiustrasse, 24, Berlin.

REVUE IMMOBILIÈRE

Des lecteurs nous demandent souvent des renseignements immobiliers, nous leur donnons ci-dessous quelques indications de nature à les intéresser par leur caractère particulièrement avantageux.

Il n'est donné de réponses que par lettres adressées aux bureaux du journal au nom du signataire.

HOTELS PARTICULIERS

A Neuilly, magnifique occasion consistant en un hôtel construit au milieu d'un parc de 4.000 mètres et pouvant parfaitement convenir à l'établissement d'une clinique ou d'une maison de santé. Prix : 350.000 francs. (1)

A Auteuil, recommandons un hôtel avec façade sur deux rues et d'une contenance de 1.200 mètres environ. Très avantageux à 135.000 francs. (2)

IMMEUBLES

A quelques mètres de l'avenue Henri-Martin, maison moderne Revenu : 29.300 francs. Prix : 440.000 francs. Prêt au Foncier de 150.000 francs à conserver. (3)

Rue de Longchamp, jolie maison de rapport, d'un revenu brut de 29.000 francs. Prix : 445.000 francs, acte en mains. Prêt de 233.000 francs à 4,15 0/0 à conserver. Soit un revenu de 5,70 0/0 de la somme à verser. (4) DE SORBIER.

REVUE FINANCIÈRE

Beaucoup de lecteurs de cette revue m'ont fait l'honneur de m'écrire au journal et de me demander mon opinion au sujet de la crise des chemins de fer. Il est, hors de doute, que les porteurs d'actions de nos chemins français ont subi ces dernières années une perte sensible en capital due aux lois sociales votées ces dernières années. Il paraît certain que de nouvelles charges vont venir encore augmenter les dépenses des Compagnies et c'est pourquoi M. Lebon, ancien ministre, a résolu de grouper autour de lui dans un puissant syndicat de défense les actionnaires et les obligataires lésés par les lois nouvelles et faire pression par un nombre imposant d'électeurs sur le Parlement.

Voici l'adresse que me réclament un grand nombre d'abonnés, et où se groupent les bonnes volontés, M. Philippar, 43, rue Cambon à Paris.

On m'a demandé aussi quel était le revenu net d'impôts au cours actuel des Villes de Paris et des obligations du Crédit Foncier.

Obligations	Revenu actuel Environ
Ville de Paris 4 % 1865	3 25
— 3 % 1871	2 63
— 4 % 1875	3 26
— 4 % 1876	3 28

Ces emprunts sont cotés notablement au-dessus du pair.

Tous les autres emprunts de la Ville de Paris, sauf le 2 3/4 0/0 1910, ne donnent même pas un revenu de 2 1/2 0/0.

Obligations	Revenu actuel Environ
Communales 2.60 % 1879	2 32
Foncières 3 % 1879	2 60
Communales 3 % 1880	2 60
Foncières 3 % 1883	3 17
Foncière 2,60 % 1885	2 40
Communales 3 % 1881	2 62
Communales 2,60 % 1892	2 47
Foncières 2.80 % 1895	2 57
Communales 2.60 % 1899	2 39
Foncières 3 % 1903	2 61
Communales 3 % 1906	2 63
Foncières 3 % 1909	2 74

Les Foncières 1879, 1903, 1909 et les Communales 1880, 1891, 1906 sont cotées au-dessus du pair ; on en sait les inconvénients.

Les obligations des Départements et Villes de France rapportent une moyenne de 3,24 0/0.

Les banques restent toujours fermes, le Lyonnais vers 1510, la Banque de Paris à 1815, la Société Générale en hausse à 787, l'Union Parisienne à 1175. On verra des cours encore plus élevés sans aucun doute.

Le cuivre a monté, le Rio et surtout le Boléo ont monté. Enfin signalons la baisse qui ne fait que commencer sur les sucreries d'Egypte.

L'action ordinaire nous semble seule appelée à une progression sérieuse.

Nous croyons qu'un vif mouvement de hausse pourrait se faire d'ici un mois sur les Motor Cab preferred. D'après nos renseignements personnels le Conseil d'administration serait modifié très prochainement et le marché sera à coup sûr influencé par ce changement de direction. Le cours actuel des preferred est de 65 fr. 75. A. S. WEILL.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

Abonnements et Ventes au Numéro
Librairie Médicale J. ROUSSET
1, Rue Casimir-Delavigne
PARIS

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale........ 15 fr.
Edition Espagnole.... 10 fr.
Edition Portugaise.... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

DIRECTION & RÉDACTION
11 bis, Rue Villebois-Mareuil, PARIS
DIRECTEUR :
Dr LUCIEN GRAUX
Lauréat de l'Institut

Ancienne *Gazette de Santé*
(139e Année)

Hors concours, Membre du Jury
Exposition franco-britannique 1908
Vice-Prés. Expos. Bruxelles Cl. 16

ÉCHOS

Ministère de l'Intérieur.

Huit places de sous-inspecteur de l'Assistance publique ont été mises au concours, par arrêté du 13 octobre 1910.

Les épreuves écrites ont eu lieu le 14 décembre 1910.

Trente-six candidats sur trente-huit inscrits ont pris part à ce concours ; dix candidats ont été admissibles aux épreuves orales.

A la suite des épreuves orales subies le 18 janvier 1911, ont été admis :

MM. Bouscastel, licencié ès lettres; Leygue licencié en droit; Collet, docteur en droit; Cuchet-Chéruzel, commis d'inspection; Marsy, docteur en médecine; Dequidt, docteur en médecine, et Lévy, sous-chef de bureau de préfecture, *ex æquo ;* Gullon, commis d'inspection.

— Une médaille d'argent pour services exceptionnels rendus à l'Assistance publique est décernée à M. le Dr Bonnaire, de Paris.

— Une médaille de bronze est décernée au Dr Ollivier, de Paris.

La peste menace.

La rapidité avec laquelle l'épidémie de peste se répand en Mandchourie et dans le nord de la Chine, commence à inquiéter sérieusement les Gouvernements européens. Les dernières nouvelles venues de Kharbine signalent que le 24 janvier, 1.252 personnes, considérées comme atteintes de la peste, étaient en observation. Il y avait parmi elles deux Européens. Le nombre des décès causés par la peste depuis vingt-quatre heures est de 39.

A la suite des nouvelles alarmantes venues de Mandchourie, le Gouvernement français a décidé d'envoyer d'urgence en Mandchourie le docteur Broquet, médecin des troupes coloniales, élève de l'Institut Pasteur de Saïgon.

Questionné sur le danger de la peste en Europe, le professeur Zabolotny, de St-Pétersbourg, a dit : « Il n'y a pas de danger immédiat pour la Russie d'Europe. Il est possible que la contagion soit apportée dans les régions les plus voisines de la Mandchourie. Toutefois, on ne saurait prédire avec une précision astronomique à quel moment cela aura lieu : la maladie peut apparaître aujourd'hui, comme elle peut ne faire son apparition que dans un temps assez long. Mais on ne saurait se laisser aller à des vues optimistes en présence d'un aussi redoutable foyer de contagion que la Mandchourie dans l'état actuel des choses. Il faut travailler et prendre toutes les mesures possibles pour localiser le fléau. »

Mutations du service de santé.

Le médecin principal de 2e classe Vack, salles milit. de l'hosp. mixte d'Angoulême, est nommé médecin chef desdites salles milit.

Les médecins-majors de 1re classe : Vitoux, 161e d'inf., passe hôpit. de Toul; Maffre, 38e d'inf., passe au 80e rég.; Rouquette, 55e d'inf., est affecté pour ordre aux salles milit. de l'hosp. mixte d'Aix; Lanne, 80e d'inf., passe au 38e d'inf.

Les médecins-majors de 2e classe : Boncarut, 9e huss., passe 55e d'inf.; Massenet, 7e d'artill. de campagne, passe 50e d'artill.; Cadiot, 25e dragons, passe 161e d'inf.; Bouhomme, des hôpit. de la divis. d'Oran, passe 112e d'inf.; Moisseney, 90e d'inf., passe 6e cuirass.; Pons, des hôpit. de Tunisie, passe 3e bataill. d'inf. légère d'Afriq.; Deleuze, 112e d'inf., passe 40e d'inf.; Orticoni, 55e d'inf., passe à l'hôpit. du Val-de-Grâce; Delestan, 4e escadron du train des équip., passe 9e huss.; Rehierre, 13e cuirass., passe Ecole Milit. préparatoire d'infant. de Rambouillet.

Les médecins aides-majors de 1re classe : Péchiné, 2e chass. d'Afriq. (Casablanca), passe aux hôpit. de la divis. d'Oran, maintenu; Robert, 3e huss., passe 55e d'inf.; Charrier, 2e tirail. algér., passe 2e chass. d'Afriq.; Gottenkieny, 32e d'inf., passe aux hôpit. de Tunisie; Pons, hôpit. de Tunisie, passe 32e d'inf.; Barthès, 132e d'inf., passe aux hôpit. de Tunisie; Mercier, 107e d'inf., passe 21e d'artil.

Le médecin aide-major de 2e classe Wulliam, hôpit. de Toul, passe 62e d'artill.

Les pharmaciens majors de 1re classe : Riser, hôpit. de Toulouse, passe hôpit. de Versailles; Ganpier, hôpit. de la divis. de Constantine, passe à la pharmacie centrale du service de santé à Paris; Pau, hôpit. Desgenettes, Lyon, passe hôpit. de Toulouse; André, Pharmacie centrale du service de santé, Paris, passe hôpit. de Tunisie.

Les pharmaciens majors de 2e classe : Fronin, hôpit. de Tunisie, passe hôpit. de Versailles; Lecomte, hôpit. de Marseille, en mission en Perse, passe hôpit. Desgenettes, Lyon.

Les pharmaciens aides-majors de 1re classe : Escallon, hôpit. de Tunisie, passe hôpit. Desgenettes, Lyon; Pecker, hôpit. de Versailles, passe hôpit. de divis. de Constantine.

Commission chargée de préparer la future édition de la pharmacopée française (*codex medicamentarius*).

M. Guignard, professeur à l'Ecole supérieure de pharmacie de l'Université de Paris et directeur honoraire de ladite Ecole, membre de l'Académie des sciences, membre de l'Académie de médecine, est maintenu, en la double qualité de membre et de vice-président de la Commission spéciale et permanente chargée de préparer la future édition de la pharmacopée française (*codex medicamentarius*).

M. Marty, membre de l'Académie de médecine, membre de la Commission spéciale et permanente chargée de préparer la future édition de la pharmacopée française (*codex medicamentarius*), est nommé vice-président de cette Commission.

Prix international.

Le Gouvernement italien a décidé de décerner un prix de 10.000 lires, à l'auteur du travail sur la prophylaxie de l'infection charbonneuse d'origine professionnelle, qui sera jugé digne de cette récompense. Les mémoires, rédigés en italien ou en français, devront parvenir au ministère italien de l'Agriculture, avant le 1er décembre 1911.

XIIe Congrès français de médecine (Lyon, 22-25 octobre 1911).

I. PROGRAMME. — A. Questions proposées par le Congrès de Paris : 1° *Du rôle des hémolysines en pathologie*; 2° *Du coma diabétique*; 3° *Des diurétiques*.

B. Question ajoutée par le bureau après entente avec les représentants des médecins de l'armée et la direction de l'Ecole du service de santé militaire; 4° *Epidémiologie et prophylaxie de la méningite cérébro-spinale épidémique*.

Le nom des rapporteurs sera prochainement publié; mais, déjà, le bureau du XIIe Congrès s'est assuré le concours de savants éminents de France, de Belgique et de Suisse.

II. BUREAU DU CONGRÈS. — Président, M. le professeur Teissier, associé national de l'Académie de médecine; vice-présidents, M. le médecin inspecteur Hocquart, directeur de l'Ecole du service de santé militaire; M. le professeur Weill, président de la Société médicale des hôpitaux de Lyon; secrétaire général, M. Paul Courmont, professeur à la Faculté de Médecine, médecin des hôpitaux, 33, rue Sainte-Hélène, à Lyon; secrétaire général adjoint, M. Fernand Arloing, agrégé à la Faculté de médecine; trésorier, M. A. Cade, agrégé à la Faculté, médecin des hôpitaux; trésorier-adjoint, M. A. Rey.

Note sur un Cas de rétrécissement cicatriciel du Rectum PRODUIT PAR UN LAVEMENT D'AMMONIAQUE LIQUIDE

Par M. le Dr JAGOT
Professeur de Clinique médicale
Directeur de l'Ecole de Médecine et de Pharmacie d'Angers

Le cas que je vais vous exposer me paraît digne d'attirer votre attention par la gravité initiale des symptômes, les phénomènes inquiétants qui ont suivi et par le résultat relativement très heureux obtenu par un traitement prolongé.

Dans les premiers jours de novembre 1909, Mme X..., âgée de 73 ans, d'une excellente santé habituelle et paraissant moins âgée qu'elle ne l'est réellement, était pourtant atteinte de constipation. Son médecin habituel lui prescrivit des lavements de glycérine pure donnés à l'aide d'une seringue en verre d'une contenance de 50 grammes environ. Le soir même elle s'administra le remède prescrit. Au bout de deux ou trois minutes elle ressentit une très vive douleur, mais comme son médecin lui avait annoncé que cela la brûlerait peut-être un peu, elle eut le courage de garder le lavement six à huit minutes. En le rendant elle s'aperçut à l'odeur qu'elle s'était trompée et qu'elle avait mis dans la seringue de l'ammoniaque liquide.

Le médecin le plus proche appelé administra des lavements tièdes à l'eau vinaigree et à l'acide borique, mais la malade souffrit atrocement toute la nuit.

Dès le lendemain elle se mit à rendre par le rectum de la sérosité sanguinolente.

Les jours qui suivirent, cette sérosité prit l'odeur fétide du sphacèle et, au bout de huit à dix jours, elle rendit des lambeaux très étendus de muqueuse sphacélée dont plusieurs étaient annulaires, comprenant donc toute la circonférence du rectum.

En même temps le thermomètre montait et atteignait 38°5 le soir; l'état général était médiocre, la langue sèche, le ventre était sensible à la pression dans la fosse iliaque gauche mais pas ballonné.

Pendant que ces eschares s'éliminaient, la malade fut prise de ténesme rectal et rendit des selles nombreuses contenant du sang vif en telle abondance que la pâleur de la face, la tendance aux syncopes apparurent et que la malade présenta tous les symptômes des grandes hémorragies internes. Les besoins d'aller à la selle étaient fréquents et très douloureux. Toutefois des lavements cocaïnés suivis de grands lavages intestinaux au permanganate puis simplement boriqués amenèrent la fin des accidents aigus.

La malade reprit vite assez bonne mine, mais vers le 15 décembre, c'est-à-dire cinq à six semaines après l'accident, la constipation revint et les selles devinrent de plus en plus douloureuses.

Il était évident qu'il se produisait des cicatrices intestinales qui diminuaient notablement le calibre de l'intestin.

Le toucher rectal révélait l'état suivant : à quatre centimètres de l'anus on constatait un rétrécissement annulaire très serré mesurant une hauteur de près d'un centimètre, à travers lequel l'index pouvait passer, mais en forçant et en arrachant des cris à la malade. Quelques centimètres au-dessus (2 à 3) on arrivait à un nouvel orifice très étroit et très dur dans lequel le doigt trop court ne pouvait plus pénétrer J'explorai alors la région avec une sonde d'Hégar n° 10, que je pus faire pénétrer dans le second rétrécissement, ce second obstacle paraissait plus étendu que le premier, mais on sentait pourtant qu'on en franchissait la limite par la sensation de liberté relative que l'on constatait à l'extrémité de la sonde.

A plusieurs reprises, mais à quelques jours d'intervalle, j'essayai, mais en vain, de faire passer une sonde d'un calibre supérieur.

Je pris alors l'avis de mon excellent confrère le Dr Brin qui, après s'être rendu compte de la dureté et de l'étendue des rétrécissements ainsi que de leur siège élevé, proposa la colotomie temporaire qui eut permis de faire sous le chloroforme une exploration plus complète et de se rendre compte en même temps s'il y avait moyen d'intervenir d'une façon efficace par une exérèse plus ou moins complète, ou, dans le cas où l'intervention n'eut pas été possible, de faire de la dilatation en écartant les risques de rectite ou infection. On avait aussi pensé à faire de la rectotomie linéaire en plusieurs points pour ne pas intéresser trop épais de tissu, et nous avions pensé à l'instrumentation qu'il faudrait créer pour ce cas particulier.

La malade et la famille ayant refusé ces interventions ou demandé, du moins, qu'on les ajournât, je continuai à faire par semaine deux ou trois séances de dilatation.

C'est alors qu'il fallût à la malade et au médecin traitant une patience grande et une inlassable persévérance.

Du 15 décembre 1909 au 31 juillet 1910, pendant sept mois et demi, nous ne fimes pas moins de 75 séances de dilatation, restant parfois une ou deux semaines sans pouvoir passer à un numéro supérieur des sondes d'Hégar, reculant même parfois d'un numéro quand les phénomènes inflammatoires se mettaient de la partie. Mais on faisait quand même des progrès, et à la fin de juillet on passait aisément le n° 24 des sondes d'Hégar.

La dilatation était précédée d'un lavement à la stovaïne et au laudanum donné quinze à vingt minutes avant la séance qui n'en était pas moins encore très douloureuse.

Tous les soirs on prenait un gramme de rhubarbe et un lavement le matin, mais les selles dans le début étaient fractionnées et la liberté de l'intestin ne s'obtenait qu'après plusieurs heures de souffrances et de selles répétées. Peu à peu, de ce côté, les phénomènes s'amendèrent et l'évacuation matinale se fit en une ou deux selles.

La malade quitta Angers au commencement d'août avec le conseil de se faire faire par la personne qui la soignait une dilatation toutes les semaines.

J'ai revu cette malade le 20 novembre et j'ai constaté l'état suivant : Etat général excellent (elle a aujourd'hui 74 ans passés), appétit très bon, sommeil satisfaisant. Une selle molle tous les matins quelquefois deux, provoquées par un lavement et le cachet de rhubarbe pris la veille au soir. Son intestin la laisse tranquille le reste du temps.

Le toucher est très intéressant. En arrivant sur le premier rétrécissement on constate qu'il est souple, dilatable, étalé, et quand le doigt arrive à l'orifice inférieur du rétrécissement supérieur, on constate encore qu'il a perdu sa consistance dure et qu'on y pénétrerait aisément si le doigt avait la même longueur qu'une sonde d'Hégar.

Le résultat me semble donc très satisfaisant ; combien de femmes, même jeunes, sont condamnées au lavement matutinal évacuateur, c'est, en somme, le seul inconvénient sérieux qui reste à notre malade.

Eussions-nous obtenu mieux avec moins de danger si elle eut accepté notre intervention, je n'en suis pas certain. Le traitement eut-il été moins long, ce n'est pas sûr, malgré les avantages d'une dilatation propre qu'elle nous eut procurés.

Si nous nous trouvions aujourd'hui en présence d'un cas analogue, nous ne nous servirions pas de sondes d'Hégar, contenant deux numéros successifs sur la même sonde; le petit talon formé par le numéro supérieur au-dessus de l'inférieur a été parfois un grand obstacle à la pénétration dans le rétrécissement et aussi à la sortie de l'instrument, ce qui montre combien était serrée la filière à franchir.

Aurions-nous pu faire l'électrolyse linéaire comme dans les rétrécissements de l'urètre ? Peut-être. Mais il eut fallu imaginer l'instrumentation et faire à l'aveuglette des incisions multiples sur chaque rétrécissement afin de ne pas en faire de trop profondes qui eussent pu amener de la rectite et du phlegmon pelvien.

Depuis que ma malade va mieux il a été publié une thèse intéressante sur ce sujet, il a pour titre « *des effets de l'électrolyse circulaire négative dans les rétrécissements fibreux du rectum* ». Inspirée par M. le Prof. Gaucher elle a été soutenue par Mme Fany Gypstein (d'Odessa).

Le procédé qui y est vanté consiste (procédé de Newman) à présenter au rétrécissement du rectum une olive métallique incapable de le franchir et de faire passer pendant quelques instants un courant de 10 à 20 milliampères, l'olive étant reliée au pôle négatif. Au bout de quelques instants l'instrument, sous la main qui le guide, s'avance lentement dans le canal sans que pour cela aucune pression soit nécessaire. D'autres ont employé des mandrins cylindriques dans toute leur hauteur ou même les bougies d'Hégar directement reliées au pôle négatif, mais il s'agit toujours du même procédé qui consiste à détruire circulairement le rétrécissement sur toute la surface et non pas en y pratiquant des fissures comme dans le procédé linéaire.

Ces séances d'électrolyse se répètent tous les trois ou quatre jours et leur nombre est d'environ huit à dix pour un rétrécissement très serré.

Dans les vingt-six observations que contient cette thèse, on s'est toujours contenté d'arriver au n° 24 de la filière d'Hégar; c'est celui que nous faisons aujourd'hui pénétrer sans difficulté aucune chez notre malade.

Nous croyons que ce procédé doit être sans grand danger, et nous pensons qu'il

demande un temps moins long pour obtenir la guérison que la dilatation simple que nous avons employée.

Il doit être essayé dans toute affection qui répond à la définition suivante : Le rétrécissement du rectum est une diminution de calibre de ce conduit, résultant d'une altération organique, mais non néoplasique de ses parois. (J.-F. Faure et Rieffel.) Cette définition élimine, outre le cancer, les rétrécissements par compression extra on périrectale et les rétrécissements spasmodiques.

Avant de terminer, il reste à nous demander si nous aurions obtenu nn aussi bon résultat si la malade, au lieu de s'introduire dans le rectum un caustique alcalin, y eut fait pénétrer nn caustique acide (acide sulfurique ou azotique par exemple).

Il est fort probable que non. Ne sait-on pas, en effet, depuis bien longtemps, que les cicatrices qui succèdent aux cautérisations par les alcalis sont molles et peu rétractiles, et que celles qui sont produites par le feu ou les acides le sont, au contraire, beaucoup et donnent souvent lieu à des indurations et à des brides. Il y a bien longtemps que Tripier (de Lyon) avait conseillé les cautérisations alcalines dans les rétrécissements de l'urèthre.

Nous n'en avons pas moins été surpris de constater combien après un an, il s'était produit de changements dans la consistance et la dilitabilité du rétrécissement dont nous venons de donner l'instructive observation.

ACTUALITÉS MÉDICALES

REVOLVER ET GIBERNE

Par le Docteur BARATIER

Deux remarquables objets d'équipement avaient l'honneur insigne de parer le médecin militaire : Le Revolver et la Giberne..

Le revolver était d'une utilité incontestable et incontestée; dans son étui de cuir imperméable, s'ouvrant et se fermant d'une façon rapide et commode, le revolver brillait 99 fois 1/2 sur 100, par son absence... et cette absence faisait sa réelle valeur... son unique valeur... sa seule raison d'être.

En effet, à travers les vallons et les plaines, les plaines et les coteaux, le médecin militaire, qu'il appartînt à l'active, à la réserve ou à la territoriale, avait avec lui un ami fidèle, un compagnon inséparable, un Homme-tender *di primo cartello*. De par les lois, règlements et autres circulaires, le médecin militaire, en grandes manœuvres (car ici je ne veux envisager que les beaux jours passés dans un vaillant apprentissage de la guerre de demain) était tenu à être armé pour la défensive, voir même, au besoin, pour l'offensive... et le port du revolver, d'ordonnance, s'il vous plaît (coût 51.80), était obligatoire.

Mais, je l'ai dit... le revolver brillait toujours par son absence et seul son étui, astiqué, polissé, et reluisant comme de purs diamants aux chauds rayons d'un soleil d'été, était majestueusement attaché au ceinturon!... ou se pavanait triomphal et triomphant au-dessus de la crête iliaque gauche...

Et dans cet étui... au lieu et place de son légitime locataire, se trouvait... le bonheur, tout simplement!

Paquet de cigarettes parfumées, vulgaire caporal ou voluptueux Levant, râpé à la fève tonka ou au subtil jasmin, boite d'allumettes de contrebande, sûres de nous donner du feu, vous étiez là, tous, à notre premier appel et dans la mêlée des batailles imaginaires on la débâcle fictive d'une fuite éperdue à travers les stridences de la mitraille on les lourds rugissements des gueules d'acier, vous restiez impassibles sous nos doigts... vous étiez là... pour calmer les affres de la défaite ou auréoler de volutes azurées les enthousiastes clameurs de la victoire!

Et maintenant que le revolver en personne, en acier et en bois, avec ses 36 cartouches réglementaires est rendu obligatoirement obligatoire dans son étui, où placerons-nous notre tabac?

Restait, il est vrai, la giberne...

Mais, hélas, banderole et giberne ont été rejoindre les neiges d'antan!

Oû sont vos doux regards et vos blanches épaules
O folles que j'aimais au temps où j'étais fou...
Vous avez disparu, toutes, je ne sais où...
Et mon cœur est peuplé de cyprès et de saules!

Et notre vieille giberne, dernier asile inviolable de nos paquets de tabac à fumer, à priser ou à chiquer, notre rouge banderole aux boutons rutilants, ultime abri de mouchoirs immaculés et de naïfs billets d'amour récoltés çà et là sur nos routes, sont, par ordre supérieur, brutalement supprimés!

Et par quoi remplacer cette supplémentaire cantine aussi discrète que chérie? par une vulgaire sacoche, à soufflet, s. v. p., garnie de pinces hémostatiques, d'agrafes de l'ami Michel, de sonde,.. pour dames, d'ampoules et autres brimborions *ejusdem farinæ!*

O tempora.,. o mores!

Mais, la discipline étant la discipline (et la force des armées) inclinons-nous respectueusement. Seulement, puisque, monsieur le Ministre, vous nous privez d'un trait de plume, que je ne crains pas de qualifier d'audacieux, de nos chers trésors, reprenez bien vite une bonne plume de Tolède et imposez à tons les médecins militaires, active, réserve et territoriale, une seconde sacoche, à ou sans soufflet, destinée à contenir notre vieux tabac...

Car, vous le savez...

L'amour, le vin et le tabac
C'est le refrain du bivouac.

REVUE DE BIOLOGIE

Salage des échantillons d'eau destinés à l'analyse bactériologique, par le Dr REMLINGER.

On sait que dans une eau enlevée à son milieu naturel, les micro-organismes pullulent bientôt de façon intense. On essaie de s'opposer à cette multiplication dans les eaux destinées à l'analyse bactériologique en maintenant les échantillons dans de la glace depuis le prélèvement jusqu'à la mise en train de l'expertise. C'est un procédé incommode, coûteux et imparfait. L'addition d'une quantité convenable de sel marin à un échantillon d'ean est capable de maintenir sensiblement fixe pendant plusieurs jours le nombre des germes renfermés dans cette eau; après quoi, la multiplication commence à s'effectuer. Les micro-organismes subissent un simple retard dans leur pullulation, retard applicable à la pratique des analyses bactériologiques. La quantité de sel à ajouter à un échantillon en vue de son transport paraît devoir varier, avec la température extérieure et la richesse supposée de l'eau en micro-organismes.

(*Soc. de Biol.*).

Enclavement post mortem de l'amygdale cérébelleuse dans le canal rachidien.

M. Laignel-Lavastine présente un cervelet dont on voit un prolongement de l'amygdale gauche s'enfoncer jusqu'au septième segment cervical dans les espaces sous-arachnoïdiens spinaux sous l'aspect d'une masse grisâtre grossièrement et irrégulièrement granuleuse. très friable, qui s'étale en arrière de la moelle et se relie, par des prolongements qui passent entre les racines, à une masse analogue, mais moins volumineuse, située en avant de la moelle. La hernie, lors de la pie-mère cérébelleuse éventrée, de cette masse enclavée nue dans les espaces sous-arachnoïdiens sans interposition de membrane propre, le déficit de l'amygdale au prorata des fragments ectopiés, l'absence de connexions vasculaires et d'adhérences intimes avec les méninges, et la seule constatation de faits analogues sur des cadavres formolés font conclure que la soi-disant hétérotopie cérébelleuse n'est qu'une ectopie mécanique par injection de formol sous forte pression.

(*Soc. de Biol.*)

Sur la survie possible de la cornée transparente de l'œil après conservation prolongée en dehors de l'organisme, par le Dr A. MAGITOT.

En dehors des résultats pratiques considérables qui pourraient découler de la réussite de semblables expériences, la cornée, par sa situation superficielle dans l'organisme, la pauvreté de ses échanges nutritifs et par-dessus tout à cause de sa transparence, semble être un objet d'étude particulièrement intéressant. L'auteur est arrivé à conserver *in vitro*, pendant douze jours, des yeux de lapins immergés dans du sérum sanguin et maintenus à la température de 0 degré. Non seulement, après ce délai, la cornée garde toute sa transparence, mais le cristallin et l'humeur vitrée restent si clairs qu'il est possible de voir à l'autre pôle de l'organe la papille du nerf optique. Un fragment de cornée ainsi conservée, greffée sur la cornée d'un autre lapin, adhère en vingt-quatre heures, garde sa translucidité et continue à vivre pour son propre compte. L'examen histologique pratiqué huit jours, un mois et deux mois après l'opération ont permis de constater la juxtaposition de l'élément étranger sans qu'il y ait modification des affinités tinctoriales et infiltration leucocytaire. L'épithélium, d'abord un peu tassé, reprend pen à peu de sa hauteur, et il est facile de voir aux points périphériques la rencontre des fibres conjonctives du greffon avec celles de la cornée qui le supporte.

(*Soc. de Biol.*)

Evolution de la cholestérinémie chez les typhiques.

MM. A. Chauffard, Guy Laroche et Grigaut, au cours de recherches poursuivies chez des typhiques, ont reconnu que, pendant le prémier septénaire, le taux de la cholestérine du sérum sanguin est faible et le plus souvent inférieur à la normale. Dans les septénaires suivants, la courbe est progressivement ascendante jusqu'à un maximum qui est apparu entre le vingt-septième et le cinquante-sixième jour. Ce maximum se produit an moment de la défervescence et dans les huit jours qui suivent et *précède toujours la reprise alimentaire.* La courbe s'a-

baisse ensuite assez rapidement pour revenir à la normale dans un délai de trois semaines environ. Dans les cas compliqués de rechute ou de perforation, la cholestérine tombe brusquement au-dessous de la normale et cet abaissement reste définitif et ne s'accompagne pas d'une réascension secondaire.

Etant donné que l'hypercholestérinémie typhique se produit au déclin de la maladie et avant la reprise alimentaire, au moment où les sujets maigrissent et perdent du poids, il paraît légitime d'admettre que l'augmentation de la cholestérine dans le sang est peut-être en partie subordonnée à l'état d'autophagie albuminoïde et adipeuse qui accompagne la fin de la période infectieuse et signale le début de la convalescence. Mais d'autre part l'hypocholestérinémie du début de la maladie, au début des perforations, au début des rechutes et l'hypercholestérinémie de la fin de la maladie semblent bien réactions, la première, d'état infectieux aigu, la seconde, d'immunisation progressive et peuvent s'expliquer par un rôle antitoxique de la cholestérine au cours de la fièvre typhoïde. La pathogénie de l'hypercholestérinémie typhique pourrait donc être considérée comme double et relevant en proportions qu'il est difficile de préciser de l'autophagie du sujet et probablement surtout de son immunisation acquise.

(*Soc. de Biol.*)

Le taux de la cholestérinémie au cours des cardiopathies chroniques et des néphrites chroniques.

Pour MM. A. Chauffard, Guy Laroche et Grigaut, les résultats de dosages du sérum de malades atteints d'affections cardiaques en état d'asystolie avec œdèmes, et de sujets atteints de néphrite chronique montrent que ces deux séries d'affections évoluent en sens différent au point de vue de la cholestérinémie; les asystoliques restent dans les limites des variations connues, tandis que les brightiques évoluent dans le sens de l'hypercholestérinémie. Celle-ci peut s'élever à un degré considérable et ces auteurs l'ont vu atteindre 8 grammes dans un cas de néphrite avec œdème aigu du poumon. Il semble que quand la néphrite s'accompagne de grande rétention azotée, le chiffre de la cholestérinémie tende à baisser comme s'il y avait un rapport inverse entre les taux de la cholestérinémie et de l'azotémie. Nous pensons que dans ces cas, comme nous l'avons déjà dit pour les typhiques, il s'agit d'un processus de réaction antitoxique.

(*Soc. de Biol.*).

REVUE CLINIQUE

Arthrite gonococcique suppurée, consécutive à une prostatite latente, datant de huit ans, par MM. Pissavy et H. Rendu (*Soc. méd. des Hôp.*).

Le jeune homme qui fait l'objet de cette communication appelait l'un de nous auprès de lui le 18 avril dernier pour une douleur extrêmement vive au niveau du genou droit. La genèse de la maladie avait été la suivante :

Le 5 avril, alors qu'il se trouvait en pleine santé, ce jeune homme était pris d'une légère angine qui s'accompagnait de gingivite et de stomatite aphteuse. Ces lésions. assez douloureuses, le laissèrent souffrant pendant cinq à six jours, mais ces accidents cessèrent cependant assez vite sans traitement spécial.

Quelques jours après, le 14 avril, notre malade se plaignit de courbature et de lassitude générale; le lendemain il a le frisson, la fièvre, et accuse une douleur très vive dans les masses musculaires du bras droit.

Le jour suivant la douleur a passé à la main droite qui est grosse et tuméfiée. D'autres articulations sont également un peu douloureuses (le coude, le genou droit, l'épaule gauche).

Au bout de deux jours, le gonflement douloureux de la main droite s'atténue et disparaît.

Mais, le 18 avril, une douleur intense, non accompagnée de frisson, se manifeste au genou droit, et, le lendemain, l'articulation étant toujours extrêmement douloureuse et notablement augmentée de volume, le malade se décide à demander l'avis de son médecin.

Nous trouvons à ce moment le genou droit doublé de volume, œdématié, rouge ; la palpation en est difficile à pratiquer, le moindre mouvement le plus petit attouchement arrachant des cris au malade. La synoviale est distendue par une notable quantité de liquide. La température est de 38°6.

L'idée d'un rhumatisme infectieux se présentant de suite à notre esprit, nous interrogeons minutieusement notre malade sur ses antécédents pathologiques.

Il nous signale de nombreuses maladies d'enfance sans intérêt actuel (coqueluche, rougeole, scarlatine, ictère catarrhal), et une pleurésie sèche à l'âge de vingt et un ans.

Nous apportons plus d'attention à la notion d'une *blennorragie* très légère, contractée par le malade *il y a huit ans*. L'écoulement fut des plus discrets, mais des gonocoques y furent nettement constatés. Mais, si l'écoulement fut à peine appréciable, le microbe ne s'en localisa pas moins sur la prostate et là se fixa avec une ténacité remarquable.

Pasteau, qui s'occupait du malade, fit les constatations bactériologiques précitées, pratiqua des instillations au nitrate d'argent et fit de nombreux massages de la prostate. La région, malgré ce traitement, resta longtemps douloureuse, et le malade avoue n'avoir jamais été complètement guéri, car il lui arrivait, de temps en temps, d'avoir de légères douleurs en urinant.

Jamais aucun écoulement ne se manifesta depuis du côté de l'urètre, et le jeune homme, qui s'observe avec soin, est très affirmatif sur ce point.

Il nous confirme également qu'il n'eut pas de rhumatisme au moment de sa blennorragie.

L'infection urétrale remontant à huit ans, et le malade nous affirmant que depuis ce temps il n'y a pas eu de réinfection gonococcique, nous éliminons cette étiologie. La nature infectieuse de ce rhumatisme nous paraît certaine, mais nous ne savons à quel microbe il faut en attribuer la cause.

L'on prescrit au malade 5 grammes de salicylate de soude, le régime lacté et l'application locale d'un liniment calmant.

Le 20, même état ; le salicylate n'ayant pu être supporté, on le remplace par de l'aspirine.

Les jours suivants, la médication reste sans effet. Les douleurs sont extrêmement vives ; la palpation de l'articulation réveille des souffrances intenses. Le maximum de la douleur siège à la partie interne du genou, au voisinage du plateau tibial. L'articulation est volumineuse, les culs-de-sac synoviaux font saillie sous les téguments ; il y a manifestement beaucoup de liquide. La peau est lisse, rosée, œdémateuse. La température est à 38°5.

Des badigeonnages à la teinture d'iode laudanisée atténuent légèrement les sensations douloureuses, mais l'aspirine, à laquelle on a joint de fortes doses d'antipyrine, ne paraît avoir aucune action sur cette fluxion articulaire.

Le *4 mai*, devant la persistance des phénomènes douloureux, on se décide à intervenir et l'on pratique une ponction au niveau de la partie interne du genou droit. L'on retire ainsi environ 80 centimètres cubes d'un *pus* jaunâtre, assez fluide, sans odeur. On supprime tous les médicaments prescrits jusqu'à ce jour.

Le pus, examiné au microscope, révèle la présence de nombreux polynucléaires. Quelques rares diplocoques en grains de café, ne prenant pas le Gram, sont retrouvés épars dans la préparation : quelques-uns d'entre eux sont intracellulaires. Il s'agit manifestement de gonocoques. Les tentatives multiples de culture du microbe n'aboutirent cependant pas, et tous les tubes de culture (bouillon gélosé, sérum gélosé) ensemencés resterent stériles.

La ponction articulaire soulagea beaucoup le malade, qui put dormir pour la première fois pendant quelques heures après cette intervention. Mais l'amélioration dura peu, et deux jours après, le 6 mai, l'articulation étant de nouveau distendue, l'on fit une seconde ponction. Le liquide s'était légèrement modifié ; le pus, beaucoup moins fluide, était très sanguinolent et était devenu très fibrineux ; la quantité évacuée fut beaucoup moindre que la première fois.

Les jours suivants, l'amélioration fut très marquée. Le malade souffrait beaucoup moins. La température, qui pendant tout le cours de la maladie restait en plateau autour de 38°5, tomba vite, et l'apyrexie était complète le matin. L'on notait seulement le soir une légère ascension thermique à 38°2. L'articulation a notablement désenflé et la palpation est beaucoup moins douloureuse. La partie interne du genou reste encore assez sensible au niveau du plateau tibial.

Le 8 *mai*, l'on pratique à la région abdominale gauche une injection de 20 centimètres cubes de sérum antiméningococcique. Cette thérapeutique, très bien supportée par le malade, ne paraît pas avoir d'influence notable sur l'évolution de la fluxion articulaire.

Longtemps le genou resta assez gros ; les progrès étaient stationnaires. De temps en temps des exacerbations douloureuses, surtout nocturnes, se produisaient, persistant plusieurs heures, et prédominant surtout à la partie interne de l'articulation.

Des liniments calmants, des compresses chaudes, de la teinture d'iode laudanisée furent successivement employés pour atténuer ces crises Petit à petit les choses rentrèrent dans l'ordre. L'articulation mobilisée par des massages quotidiens reprit peu à peu sa souplesse, et la *restitutio ad integrum* redevint progressivement complète.

Cette observation prête à quelques considérations intéressantes. Le fait le plus curieux est de voir apparaître une arthrite nettement blennorragique huit ans après l'infection urétrale primitive. L'on pourrait, il est vrai, nous objecter qu'il a pu se produire depuis ce temps, à l'insu du malade, une nouvelle contamination gonococcique à symptômes très discrets. Mais nous avons déjà dit plus haut combien le jeune homme s'observait avec soin, poussant le souci de sa santé jusqu'à la pusillanimité, et il est très improbable qu'un écoulement même très discret ait pu passer chez lui inaperçu. Nous avons d'ailleurs fait plusieurs fois chez lui, au cours de son arthrite, des examens bactériologiques de ses sécrétions urétrales, et ces recherches sont toujours restées négatives. Force nous est donc d'admettre que c'est l'infection primitive, vieille de huit ans, qui a causé l'arthrite actuelle. Nous rappellerons d'ailleurs qu'après son urétrite notre malade a fait de la prostatite et que cette glande depuis est restée toujours légèrement sensible.

Il semble donc logique de supposer que le gonocoque qui pénétra dans l'organisme par la voie urétrale se localisa de façon tenace sur la prostate. Végétant à ce niveau sans déterminer de manifestations pathologiques, sa virulence s'exalta un jour brusquement, d'où les accidents graves que nous avons vus évoluer. La cause efficiente de cette reviviscence de la virulence microbienne nous paraît siéger dans cette infection, courte il est vrai, mais cependant sérieuse.

que subit le malade avant d'être atteint de son arthrite. Nous remarquons en effet que, huit jours avant l'apparition de cette arthropathie, avait évolué une stomatite aphteuse qui déprima assez fortement notre malade. Cette affection intercurrente mit l'organisme en état de moindre résistance, sensibilisa les séreuses et favorisa, de ce fait, la fixation sur l'articulation du genou des gonocoques jusqu'alors inoffensifs. L'exaltation subite de la virulence de ces microbes reconnaît également pour cause l'affection buccale qui précéda les accidents articulaires.

Nous avons dit que le pus contenu dans l'articulation envahie ne renfermait absolument que des gonocoques. Encore ceux-ci n'étaient-ils pas extrêmement abondants. Les arthropathies suppurées évoluant au cours d'une blennorragie sont souvent dues à des microbes ordinaires de la suppuration (streptocoque, staphylocoque **doré**). Plus rarement on ne trouve dans le pus que des gonocoques ; ce fut le cas chez notre sujet.

Peut-être l'évolution très peu fébrile de cette arthropathie est-elle en corrélation avec la présence du gonocoque seul dans le pus qui remplissait la synoviale; les formes à réaction thermique très intense seraient peut-être celles où les microbes pyogènes ordinaires ont également envahi la synoviale. Il est en effet intéressant de constater que jamais chez notre malade la température ne dépassa 38°6, et cependant la réaction leucocytaire était intense puisque la ponction retira près de 100 grammes de pus.

Les diarrhées qu'il faut respecter (*Arch. méd.-chir. de Province*).

Il existe des diarrhées qui, loin de constituer un symptôme fâcheux, doivent être interprétées comme une réaction salutaire, comme une manifestation de la *vis naturæ medicatrix* et qui comme telles doivent être respectées. Ces faits qu'explique la notion, aujourd'hui bien démontrée, de l'élimination vicariante par l'intestin des poisons, des microbes et de leurs toxines, ont une grosse importance en clinique et méritent de retenir l'attention du praticien. Passons rapidement en revue les différents états pathologiques dans lesquels on peut observer les diarrhées dont nous voulons parler.

L'action favorable d'un flux diarrhéique survenant chez un malade en imminence d'*accidents urémiques* graves est connue depuis longtemps. C'est, le plus souvent, au cours des formes chroniques qu'elle se produit, et son apparition peut reculer l'échéance des accidents graves du côté du système nerveux. Cette diarrhée n'affecte pas toujours les mêmes caractères ; parfois elle est peu abondante; le plus souvent les selles se répètent, molles ou aqueuses ; leur odeur est ordinairement assez fétide et permet d'y déceler la présence du carbonate d'ammoniaque; elles peuvent renfermer du mucus et même parfois un peu de sang.

Il faut différencier cette diarrhée de celle qui se produit aussi dans l'urémie et qui est occasionnée par les ulcérations intestinales, qui sont loin d'être rares dans cet état pathologique. Dans ce cas les évacuations sont dysentériformes, extrêmement fétides, renferment du pus, du sang et des débris de muqueuse.

Au cours de la *goutte* il est habituel de voir, après une diarrhée abondante, des accidents douloureux imminents ou d'autres complications avorter. La diarrhée s'accompagne souvent de douleurs paoxystiques, de ténesme, les matières rendues sont brun noir et renferment une grande quantité de principes alloxuriques. On doit admettre qu'ici encore l'intestin vient en aide à un rein encombré de déchets uriques et ne suffisant plus à remplir ses fonctions.

Dans le *goitre exophtalmique*, la diarrhée est fréquente, survenant ordinairement par périodes de 1 à 3 jours; si l'on remarque que souvent lorsqu'elle apparaît les sueurs font défaut et qu'elles sont suivies d'une sédation des phénomènes morbides, on ne pourra refuser de lui reconnaître une action favorable.

Deux sortes de diarrhées peuvent s'observer au cours de la *maladie d'Addison ;* l'une survient à la période terminale, s'accompagne de vives douleurs, souvent de melæna, et peut rapidement conduire au collapsus. La deuxième forme est celle qui apparaît dès le début de la maladie, qui survient sans douleurs, se répète par crises, et qui peut être considérée comme un processus de compensation. Nous avons eu récemment l'occasion d'observer avec le docteur Crochet (de Morthemer), un cas de ce genre, et nous croyons que la diarrhée observée chez notre malade n'a pas été étrangère à la longue durée de la maladie. D'autres auteurs, et en particulier Stern (1) de New-York, ont rapporté des faits analogues.

Dans le *diabète*, on a cité de nombreuses observations où, à la suite d'une diarrhée, on voyait s'amender les symptômes de la maladie, s'apaiser les douleurs névralgiques et diminuer transitoirement ou d'une façon permanente le sucre dans les urines. Dans quelques cas, l'apparition d'une diarrhée a pu conjurer le coma imminent. On ne sait, d'ailleurs pas quelles sont les substances toxiques éliminées ainsi par les selles: on y trouve assez fréquemment du sucre.

La diarrhée est souvent aussi un phénomène favorable lorsqu'elle survient au cours de *brûlures* étendues de la peau. Il se produit alors par les selles une décharge des produits normalement éliminés par la peau. Cette diarrhée est, d'ailleurs à différencier de celle qui se produit au cours des brûlures, mais qui est consécutive aux ulcérations intestinales. Celle-ci est abondante, douloureuse, mélangée de sang et d'un pronostic grave.

Les diarrhées qui surviennent au cours des *maladies infectieuses* au moment de la crise doivent être considérées aussi comme l'expression d'une élimination par l'intestin des toxines microbiennes, et sont d'un pronostic favorable.

Enfin, parmi les diarrhées qu'il importe aussi de ménager, il faut citer aussi les *diarrhées des vieillards*. Thévenon (2), il y a longtemps déjà, put remarquer, chez les vieilles femmes de la Salpêtrière, qu'une poussée diarrhéique avait chez elles plutôt une signification favorable, et il émit l'hypothèse que la peau des vieillards fonctionnant d'une façon défectueuse était suppléée par l'intestin. Il est de fait que les vieillards transpirent moins et que l'exhalaison pulmonaire est aussi chez eux moins accentuée. Cette diarrhée compensatrice se verrait surtout chez les vieilles femmes après la ménopause, et dans ce cadre il faudrait ranger beaucoup de ces diarrhées, dites nerveuses, ou paraissant occasionnées par les conditions climatologiques.

Il résulte de tout ce qui vient d'être dit (et la question est loin d'avoir été épuisée) que certaines diarrhées constituent pour ainsi dire une sauvegarde pour le malade qui en est atteint ; qu'il faut donc bien se garder de la faire disparaître, et qu'au contraire la thérapeutique doit chercher à imiter la nature en excitant l'émonctoire intestinal lorsque les autres voies d'élimination seront insuffisantes.

FACULTÉ DE PROVINCE

Faculté de médecine de Montpellier.

Un congé du 12 janvier au 30 décembre 1911 est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Rodet, professeur de microbiologie.

(1) Stern. « Consideration on the compensatory diarrheas », *Journal of amer. médic. Assoc.*, août 1909.

(2) Thévenon. *De la diarrhée chez les vieillards*, thèse de Paris, 1875.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Conjonctivite purulente, par le Dr Trousseau (des Quinze-Vingts).

A. *Il n'y a pas de complications.* — Nos moyens d'action seront alors :

1° Les lavages antiseptiques;

2° Les cautérisations au nitrate d'argent.

a. *Lavages antiseptiques.* — D'une façon générale, on ne doit employer, pour faire les lavages, aucun antiseptique irritant, surtout les préparations de sublimé où il entre de l'alcool. La solution que je vous conseille est la suivante :

Acide borique............	30 grammes
Eau bouillie.............	1.000 —

ou simplement de l'eau bouillie.

Pour faire les irrigations il faut ramener en arrière la tête du patient, ectropionner de la main gauche la paupière inférieure du malade et le faire regarder en haut s'il s'agit d'un adulte. Avec la main droite, on fait couler au niveau de l'angle interne, un long filet de liquide, en pressant un tampon d'ouate hydrophile largement imbibée, ou en se servant du petit ballon de verre à deux tubulures dont je vous ai parlé tout à l'heure.

b. *Cautérisations au nitrate d'argent.* — Le nitrate d'argent, préconisé au siècle dernier par Saint-Yves, n'a pas encore été supplanté par les succédanés récemment vantés : le protargol, l'argentamine, etc. Le nitrate d'argent a une double action :

1° Il coagule l'albumine et évite ainsi l'envahissement des parties profondes ;

2° Il produit une escarre superficielle qui balaye pour ainsi dire, lorsqu'elle tombe, l'épithélium, les cellules lymphoïdes sous-jacentes et, avec elles, l'agent infectieux.

Comment faut-il l'appliquer ? — Il faut d'abord retourner les paupières, les assécher, tremper une baguette de verre entourée de coton dans une solution de nitrate d'argent à 2 0/0, puis la promener sur *toutes* les parties de la muqueuse et, spécialement, sur les culs-de-sac bien développés, jusqu'à ce que la muqueuse ait pris une coloration blanchâtre. Il se produit une petite escarre qui se détache, en général, dans la journée.

Je réponds tout de suite à l'objection que vous pourriez me présenter. Pourquoi ne pas employer de simples instillations, comme dans la méthode de Crédé ? Parce que vous intervenez ici dans des conditions bien différentes. Par l'instillation, selon Crédé, vous vous proposez d'agir préventivement avec une cornée saine. Tandis que, dans l'ophtalmie purulente une fois déclarée, l'épithélium et, souvent, le tissu même de la cornée qui baigne dans le pus, sont déjà plus ou moins atteints, et vous risqueriez, en laissant tomber directement sur eux le caustique, d'aggraver les lésions, partant d'en favoriser la perforation.

Après la cautérisation, il faut appliquer quelques compresses froides de solution antiseptique de moyenne intensité : eau boriquée, eau bouillie.

Quand faut-il commencer les cautérisations? — Quand l'écoulement est devenu franchement purulent. S'il n'est pas nettement établi, s'il est simplement séreux ou muco-purulent, il faut attendre pour intervenir.

Faut-il se servir d'eau salée ? — Si la cautérisation est bien faite, il est tout à fait inutile d'en modifier l'action par la neutralisation.

Quant faut-il renouveler les cautérisations? Quand l'escarre est tombée, environ après vingt-quatre heures. Toutefois, dans les cas graves, on pourra cautériser toutes les douze heures.

Quand faut-il les cesser? Quand toute trace d'écoulement a complètement disparu ; si l'on cesse trop tôt, l'écoulement reparaît. Dans ce cas, il faut recommencer comme au début.

Que faut-il faire dans l'intervalle des cautérisations? Des lavages antiseptiques chaque fois qu'apparaît le pus, qu'on ne devra jamais laisser accumuler entre les paupières. Dans l'intervalle des

lavages, on laissera sur l'œil des compresses froides ou mêmes glacées, qui calment la réaction.

Y a-t-il autre chose à faire que les cautérisations ? — Dans quelques cas, lorsqu'il y a du chémosis intense, avec gros bourrelet autour de la cornée, on peut faire des scarifications dans le sens horizontal, mais seulement après les cautérisations On peut, au besoin, pratiquer la canthoplastie, si les paupières sont trop tendues, impossibles à retourner et menacent d'étrangler la cornée.

Le Dr Kalt a préconisé un traitement par les grands lavages au permanganate de potasse. Le traitement donne de bons résultats, sans que l'on puisse affirmer qu'il doive remplacer, dans tous les cas, le traitement classique.

Au moyen d'un petit entonnoir laveur, que l'on introduit entre les paupières, on fait couler entre elles, deux à quatre fois par jour, deux litres d'une solution ainsi préparée :

Permanganate de potasse... 20 grammes
Eau distillée............... 250 —
1 cuillerée à café pour 2 litres d'eau.

B. — *Il y a des complications.* — Quelles qu'elles soient, il ne faut jamais cesser ni les *cautérisations*, ni les *compresses*, ni les *lavages*.

Les complications qui peuvent se produire sont :

Une simple desquamation épithéliale de la cornée, avec infiltration ; les lavages et les compresses doivent être employés tièdes ou chauds.

L'ulcération ou abcès : même traitement accompagné d'instillation du collyre à l'ésérine deux fois par jour :

Esérine................ 0 gr. 03 centigr.
Eau.................... 5 —

Si l'abcès s'étend, on le touchera avec la pointe du thermocautère.

S'il y a menace de perforation, il ne faut pas attendre qu'elle se produise en mauvais lieu : on la provoquera en rompant le fond de l'ulcère au galvanocautère.

Si le cristallin s'engage dans la perforation, le dégager, réséquer l'iris hernié, instiller l'ésérine, faire de grands lavages, appliquer un pansement un peu compressif, souvent renouvelé.

S'il y a du staphylome, on le réprimera avec la pointe du thermocauthère.

En tous cas, il ne faut pas se décourager ; tant que le globe de l'œil n'est pas atrophié, on peut espérer voir la cornée s'éclaircir.

Le grand orage, les grandes complications évitées, il faut diminuer peu à peu les cautérisations et les lavages, toucher parfois quelques papilles hypertrophiées avec :

Sulfate de cuivre..... 0 gr. 75 centigr.
Glycérine............. 10 —

mais n'abandonner le malade que lorsque tout est parfaitement rentré dans l'ordre, sans négliger le traitement ultérieur des taies de la cornée, des leucomes adhérents, etc.

En résumé, pour guérir une ophtalmie purulente, il faut :

Des lavages antiseptiques et des cautérisations bien faites et fréquemment répétées avec du nitrate d'argent à 2 0/0.

Un dernier mot qui sera, à la fois, un conseil et un encouragement : dans l'âpre lutte que nous sommes obligés de soutenir contre cette redoutable maladie, agissez toujours, ne désespérez jamais ; très souvent vous pourrez obtenir, par des soins consciencieux, de très bons résultats relatifs et garder à vos malades une vision suffisant à la vie. Faites-vous une loi de cette pensée qu'on pourrait ériger en maxime : on ne doit pas désespérer d'une cornée d'enfant.

Société Belge de Physiothérapie.

Il vient de se fonder une Société Belge de Physiothérapie. Le bureau est ainsi constitué :

Président : professeur R. Verhoogen, de l'Université de Bruxelles ; Vice-présidents : Drs De Nobele et Gunzburg ; Secrétaire général : Dr Wybauw, avenue Ad. Derneux, 51 à Bruxelles ; Secrétaire-adjoints : Drs De Keyser et Le Dent ; Trésorier : Dr Letihon ; Bibliothécaire : Dr Dumont.

REVUE DE PEDIATRIE

Les fausses lésions pulmonaires dans les cardiopathies de l'enfance, par M. le professeur Hutinel (Hôpital des Enfants-Malades) (*Conc. Méd.*).

Il vous arrivera fréquemment, lorsque vous examinerez un enfant en asystolie, de trouver le poumon et la plèvre relativement indemnes, malgré une dyspnée intense. Cette particularité a frappé tous les médecins d'enfants. Alors que, chez l'adulte, dans le tableau de l'asystolie, vous rencontrez de la congestion, de l'infiltration œdémateuse du poumon, des râles fins, plus ou moins nombreux, aux bases, accompagnés ou non de râles de bronchite, chez l'enfant, l'auscultation ne révèle ordinairement ni souffle, ni râles pulmonaires.

Par contre, il existe, au cours des cardiopathies de l'enfance, des manifestations pulmonaires intéressantes, sur lesquelles je me propose d'insister aujourd'hui.

Il y a entre la plèvre et le péricarde de l'enfant une solidarité plus grande qu'entre les mêmes organes de l'adulte. Les communications lymphatiques de la plèvre et du péricarde sont, dans le jeune âge, assez larges. Quand on pratique une injection colorée dans les lymphatiques de la plèvre, on retrouve le liquide dans les lymphatiques du péricarde.

Je vais vous rapporter l'observation d'un petit malade que j'ai soigné l'année dernière. C'était un garçon de 11 ans qui fut atteint de rhumatisme articulaire aigu. Peu de jours après, nous trouvions un assourdissement du premier bruit du cœur et un frottement, qui ne tarda pas à disparaître. Il y avait péricardite avec épanchement. Puis, apparurent des signes stéthoscopiques dans la plèvre gauche et dans la plèvre droite, où se produisit un épanchement. L'enfant était cyanosé, orthopnéique. On attendit, et peu à peu le liquide diminua. Tout finit par s'arranger.

Ce tableau est si caractéristique que, dans certains cas, vous verrez une péricardite que rien n'explique se propager aux deux plèvres, et vous serez en droit de soupçonner la péricardite rhumatismale. J'ai cité l'exemple suivant : un jeune homme, qui avait eu une péritonite tuberculeuse dans son enfance, passe à 17 ans son baccalauréat, et se surmène. Il est pris, un jour, d'étouffement. On constate une pleurésie et l'on pense naturellement aussitôt à une pleuro-bacillose. Les choses s'aggravant, on me demande de l'examiner. Je trouvai une pleurésie gauche et droite et, en même temps, une péricardite. Je posai le diagnostic de péricardite avec pleurésie double que je considérai d'origine rhumatismale. L'enfant guérit très bien. Dans les formes tuberculeuses de péricardite, cette extension peut aussi se voir.

Voici une observation dont j'ai été témoin la semaine dernière. Je fus appelé près d'un garçon de 14 ans qui venait d'avoir une affection mal caractérisée, considérée comme une fièvre muqueuse. Je constatai une pleurésie avec assez grand épanchement. Malgré les ponctions, le liquide se reproduisait assez vite. Il y avait péricardite, état de cyanose ; c'était une péricardite avec épanchement et une pleurésie double.

Le problème n'est pas toujours aussi facile. Lorsque, chez un enfant, vous rencontrez des signes de péricardite et des signes de pleurésie avec épanchement, ne vous hâtez pas de conclure à la pleurésie. Il est des erreurs possibles. Je vous ai exposé le cas d'un petit malade qui contracta, au cours d'une ostéomyélite, la scarlatine. Dès le début, l'auscultation avait révélé un souffle pleurétique et l'on avait dit pleurésie. Le petit malade ayant succombé, l'autopsie montra une péricardite mais pas de pleurésie. Ce sont là des faits connus. Ils ont été indiqués déjà par Barth et Roger dans leur Traité d'auscultation, dans la thèse de Blache et dans l'ouvrage de Jaccoud. Barth et Roger ont écrit que l'on pouvait constater, dans la péricardite avec épanchement, une condensation du poumon avec souffle. Toutefois, c'est en 1889 que les pseudo-pleurésies en question furent bien décrites par Pinnz. Dans ces péricardites avec grand épanchement, vous notez de la matité et une respiration soufflante, un souffle entre l'angle de l'omoplate et la ligne axillaire, souffle rappelant le souffle pleurétique. Si vous mettez le malade dans la position genu-pectorale, au bout de quelques minutes, le souffle disparaît. Ce qui indique que vous êtes en face d'une pseudo-pleurésie, c'est le signe suivant : dans le cas de péricardite, le malade étant dans la position genu-pectorale, la pointe du cœur bat en dehors de la ligne mamelonnaire ; lorsqu'il y a pleurésie, la pointe du cœur est rapprochée en dedans.

J'arrive à d'autres points plus originaux. Il y a longtemps que l'on a observé cette pseudo-pleurésie chez des sujets qui n'ont pas de liquide dans le péricarde. On peut trouver les mêmes signes dans la péricardite, avec un gros péricarde. Que se passe-t-il alors ? Le cœur est volumineux et il se produit une sorte de condensation, de compression du parenchyme pulmonaire. Il existe ici des troubles circulatoires, des compressions veineuses. Il peut se faire autre chose, une infection bronchique, et on trouve des râles surajoutés.

Le diagnostic est quelquefois difficile. On voit parfois, avec des cardiopathies pas très volumineuses, des modifications pulmonaires assez nettes. Je vous ai montré, ces jours derniers, deux ou trois enfants offrant un syndrome cardio-pulmonaire, une hypertrophie du cœur comme lésion initiale et des modifications nettes des bruits pulmonaires en arrière. Barthélemy, dans sa thèse, cite l'observation d'un enfant de 9 ans ayant des signes de cardiopathie et des altérations du bruit respiratoire, une respiration rude et faible. Il y a, en pareille circonstance, condensation, par compression, du parenchyme pulmonaire. Si vous ne connaissez pas la question, vous penserez aux adénopathies, à la tuberculose ganglionnaire. Dans l'affection cardio-pulmonaire, le bruit respiratoire ne siège pas absolument au niveau du hile, mais il est quelquefois assez étendu pour rendre le diagnostic difficile.

Ces phénomènes pulmonaires des cardiopathies appartiennent en propre à la pathologie infantile, parce que, chez l'enfant, le thorax est étroit et le cœur assez volumineux. Leur diagnostic est relativement simple, à condition d'être averti.

Dans quelques cas, le diagnostic est embarrassant et il peut même être impossible. Quand j'ai repris le service après les vacances de Pâques, je me suis trouvé en présence d'une enfant dans un état lamentable. Sa température s'élevait à 40°. On constatait un cœur gros, un souffle systolique et en arrière de la poitrine, à gauche, un souffle étendu avec râles. On notait, en outre, de la congestion de la base droite. La petite malade était cyanosée. Le diagnostic porté était celui de granulie avec cardiopathie. La malade a guéri. S'est-il agi d'une granulie qui a guéri, ou d'une cardiopathie avec signes de broncho-pneumonie, je ne saurais le dire.

Je vous ai montré, au mois de novembre, une fillette considérée comme atteinte de cavernes tuberculeuses et d'affection cardiaque. Etant donnée la cardiopathie, je me demandai si réellement il existait une tuberculose pulmonaire aussi avancée. Je pensai que peut-être il s'était fait simplement une condensation du parenchyme pulmonaire. La température tomba. On ne trouva pas de bacilles. Quand l'enfant quitta le service, elle présentait simplement un

cœur assez gros et une sonorité moins bonne à la base gauche.

Quand vous observez un enfant atteint d'affection cardiaque et de phénomènes pulmonaires, submatité, respiration soufflante. râles, ne vous hâtez pas de conclure à la tuberculose et de porter un pronostic fatal. La famille ne vous pardonnerait pas de vous être ainsi trompés.

Dans les grosses cardiopathies, vous rencontrerez des manifestations pulmonaires encore plus grandes. Ce qui prouve bien que le cœur gêne le poumon, dans ces cas, ce sont les déformations thoraciques parfois concomitantes, la voussure du sternum, la scoliose droite, la cyphose.

En somme, dans les péricardites, dans les grosses cardiopathies, avec cœur volumineux, vous pouvez rencontrer des signes qui font croire à la pleurésie, à la broncho-pneumonie, à la tuberculose. Les observations de ce genre constituent un véritable *musée d'erreurs* que vous éviterez en sachant qu'un cœur hypertrophié retentit sur le poumon et la plèvre dont il trouble la circulation.

Quand vous êtes en présence d'accidents de cet ordre, que convient-il de faire ? Agir sur le cœur, par le repos, la diète lactée, les laxatifs, la digitale. Vous verrez généralement les phénomènes pulmonaires s'amender, quelquefois disparaître.

Un point reste étonnant : c'est que l'attention n'ait pas été attirée davantage sur ces faits.

REVUE DE CHIRURGIE

Résultats obtenus dans le traitement sanglant des varices en dehors de toute complication, par le Dr Jeannel, de Toulon *(Assoc. Franç. de chirurgie)*.

Deux éléments distincts agissent chacun pour leur compte dans la genèse des varices :

1° Un élément biologique, qui détermine les lésions histologiques de la paroi veineuse, d'où va résulter pour celle-ci la perte de ses qualités physiologiques — souplesse, résistance, contractilité — qui lui donnent, dans les conditions normales, l'activité nécessaire pour assurer la circulation veineuse et pour résister à la pression sanguine : c'est la cause première ;

2° Un élément physique, purement physique — la pression hydraulique et sanguine — qui, réglée et maîtrisée à l'état normal, va agir avec sa brutale puissance sur la vie désorganisée et demeure purement passive : c'est la cause seconde.

L'idéal thérapeutique serait de combattre et de vaincre le premier élément, l'élément primordial, mais nous ne le connaissons pas et nous n'avons sur lui aucune prise médicale ou chirurgicale. Dès lors, ne pouvant rien contre la cause première, nous en sommes réduits à nous essayer contre la cause seconde. En l'état actuel de la science, les opérations qui prétendent guérir les varices ne peuvent y aboutir que lorsqu'elles suppriment le reflux. Suffit-il de supprimer le reflux superficiel ou passif ? vaut-il mieux supprimer le reflux profond ou actif ? ou bien est-il nécessaire de supprimer les deux reflux superficiel et profond ? La réponse à ces deux questions va nous être fournie par les résultats des opérations qui ont poursuivi l'un ou l'autre de ces buts.

Mais d'abord il importe, sinon de décrire d'une façon détaillée la technique de chacune des opérations, du moins de les définir d'une façon précise.

A. Opérations qui ne visent que le reflux superficiel ou abdominal ou passif. — Elles sont au nombre de 4, savoir:

a) *Opération de Trendelenburg : ligature de la veine saphène interne à la cuisse.* — Lier la saphène, c'est l'obturer, c'est pallier aux inconvénients du reflux superficiel, c'est, du coup, supprimer la cause génératrice des varices, c'est guérir les varices : tel est le principe. L'opération de Trendelenburg comporte deux variantes, savoir : section de la saphène entre deux ligatures ; résection limitée de la saphène entre deux ligatures.

b) *Anastomose saphéno-fémorale de Delbet.* — L'insuffisance valvulaire est la lésion primordiale et c'est principalement l'insuffisance de la valvule ostiale qui est à l'origine de la naissance des varices. Remplacer la valvule ostiale, c'est du même coup faire disparaître le reflux superficiel, c'est, par conséquent, faire disparaître la cause anatomique qui a fait naître et qui entretient les varices. Refaire une valvule ostiale est impossible, mais on peut la suppléer. Pour y aboutir, il suffit de pratiquer une anastomose termino-latérale de la veine saphène dans la veine fémorale, au-dessous de la première valvule de celle-ci.

c) *Résection de la saphène interne dans son trajet crural.* — Cette opération a été pratiquée, en général, dans les cas où de grosses varices siégeaient à la cuisse et où la simple ligature, la section, la résection, limitée à quelques centimètres parurent, *a priori*, devoir rester insuffisantes.

d) *Opération de Robinson.* — La circulation de la saphène est favorisée par les facteurs connus — *vis a tergo*, contraction des muscles environnants, disposition des valvules — ; elle est contrariée, empêchée par les veines affluentes qui viennent se jeter sur la crosse de cette veine, veines superficielles de la paroi abdominale et celles des enveloppes des organes génitaux externes. Les valvules de ces veines sont disposées en sens contraire de celles de la saphène. D'après Robinson, ce serait la pression du sang contenu dans les affluentes supérieures, pression augmentée par la contraction des muscles de la paroi abdominale réalisant un véritable coup de bélier musculaire supérieur, qui engendrerait les varices. En conséquence, M. Robinson a imaginé la très simple opération qui consiste, sous anesthésie locale, à découvrir la crosse de la saphène, séparer et sectionner entre deux ligatures toutes les affluentes implantées sur cette crosse.

B. Opérations qui ne visent que le reflux profond. — Elles sont au nombre de 3, savoir :

a) *L'excision des paquets variqueux crurojambiers isolés.* — L'excision simple des paquets variqueux à la jambe ou à la cuisse, si souvent empiriquement pratiquée avant l'établissement de la doctrine pathogénique moderne, est bien une opération qui vise le reflux profond ; en effet, elle comporte nécessairement même à l'insu de l'opérateur, la ligature de la communicante correspondante, qui est, en réalité, l'acte opératoire principal.

b) *Résection de la saphène interne ou de la saphène externe dans leur trajet jambier ou cruro-jambier.* — Il n'y a qu'à répéter pour ces opérations ce que nous venons de dire au sujet de l'excision d'un paquet variqueux isolé ; elles ont pour effet, si elles n'ont pas toujours eu pour but, dans l'esprit des opérateurs, de lier toutes les communicantes et, par conséquent, de supprimer le reflux profond dans tout le réseau superficiel ; c'est bien là son seul procédé curateur.

c) *Opération de Parona.* — Les varices profondes sont tout ; les varices superficielles sont secondaires aux varices profondes : c'est donc celles-ci qu'il faut attaquer et guérir. En liant la fémorale au creux poplité, on supprime la pression sanguine dans le réseau profond de la jambe et, par conséquent, dans le réseau superficiel, l'un et l'autre variqueux. Faisons remarquer que cette doctrine, qui est l'exagération de celle de Verneuil, et que Parona appuie sur des observations, mais point sur des données anatomiques ou des constatations physiologiques, est des plus contestables.

C. Opérations qui visent a la fois le reflux superficiel et le reflux profond. — elles réalisent la combinaison des deux catégories d'opérations précédentes, l'acte chirurgical portant d'une part sur la saphène interne à la cuisse pour supprimer le reflux superficiel, d'autre part sur la saphène interne, dans sa portion cruro-jambière ou sur la saphène externe, pour atteindre par les communicantes le reflux profond. Ce sont :

a) *L'opération de Trendelenburg* et ses variantes, *combinée aux ligatures et aux résections étagées* crurales, mais principalement jambières ;

b) La *saphénectomie totale.*

Telles sont les différentes opérations dont nous allons étudier les résultats immédiats et les résultats éloignés.

Résultats immédiats. — M. Jeannel a pu réunir 1.623 opérations faites sur 1.448 malades. Ces nombres se décomposent ainsi, suivant les opérations pratiquées :

	Opérés	Opérations
A. — *Opérations qui ne visent que le reflux superficiel :*		
a) Opération de Trendelenburg et ses variantes	1.029	1.175
b) Anastomose saphéno-fémorale	24	24
c) Résection de la saphène-interne dans son trajet fémoral	22	23
d) Opération de Robinson	8	8
B. — *Opérations qui ne visent que le reflux profond :*		
a) Incision de paquets variqueux cruro-jambiers isolés	63	70
b) Résection de la saphène interne ou de la saphène externe dans leur trajet jambier ou cruro-jambier	69	70
c) Opération de Parona	54	54
C. — *Opérations qui visent à la fois le reflux superficiel et le reflux profond :*		
a) Opération de Trendelenburg et ses variantes combinées aux ligatures ou aux résections étagées	83	95
b) Saphénectomie totale : saphène interne ou saphène externe	96	104
	1.448	1.623

En ce qui concerne les résultats immédiats, trois points sont à considérer : 1° la mortalité opératoire ; 2° les complications opératoires, non mortelles ; 3° le résultat thérapeutique au moment où, la plaie étant cicatrisée, l'opéré a repris ses opérations.

1° *Mortalité opératoire.* — Sur les 1.448 opérés, donnant 1.623 opérations, on relève seulement 8 décès. L'un de ces décès est survenu par le *chloroforme* avant même que l'opération eut été commencée, 3 opérés ont succombé à une *embolie pulmonaire;* 4 à des accidents infectieux : *pyohémie* 2 fois, *érysipèle* et *lymphangite.* La nature de l'opération pratique semble d'ailleurs avoir eu peu d'influence sur ces décès.

2° *Complications opératoires.* — Si les décès sont rares les complications sont-elles plus fréquentes ? Sans parler des petits accidents locaux, *abcès, sphacèle de la peau,* souvent imputables au chirurgien autant qu'au malade et que du reste on ne trouve signalés en tout qu'une quinzaine de fois, on relève, comme complications vraiment propres à l'opération, c'est-à-dire dépendant de la chirurgie veineuse : 20 *thromboses apyrétiques,* 2 *thromboses avec fièvre* ou *phlébites,* 9 *embolies pulmonaires,* dont 3 mortelles signalées ci-dessus, dans le chapitre précédent.

En vérité, c'est peu de chose et l'on peut, sans crainte d'erreur et tout en tenant compte de ce fait indubitable que plusieurs opérateurs ont dû négliger de publier des observations de cas compliqués ou mortels, on peut, disons-

nous affirmer que la chirurgie sanglante des varices est une chirurgie bénigne, d'autant plus bénigne, d'ailleurs. Il est à peine besoin de le dire. qu'elle s'adresse à des varices non compliquées.

3° Résultat thérapeutique immédiat. — M. Jeannel indique comme élément d'appréciation des résultats thérapeutiques immédiats :

1° La disparition des tumeurs variqueuses visibles et palpables :

2° La disparition du reflux superficiel recherché au moyen de l'expérience de Trendelenburg alors qu'il avait été constaté avant l'opération ;

3° La disparition ou la persistance des symptômes : douleurs, fatigue, œdème, etc., qui ont conduit le malade au chirurgien.

Or, à ce triple point de vue, tous les auteurs déclarent tous les résultats immédiats des opérations dont ils publient les observations; mais nous allons voir que ces résultats ne sont souvent que provisoires et ne permettent en aucune façon de présager l'avenir.

Résultats éloignés. — Il y a deux manières de comprendre le mot « guérison » et par conséquent d'apprécier les résultats éloignés.

Certains chirurgiens, en effet, parlent de guérison alors même qu'il persiste chez leurs opérés des veines variqueuses, pourvu qu'elles soient moins volumineuses ou moins douloureuses ou gênantes qu'avant l'intervention ; c'est alors une guérison relative, une guérison de complaisance même alors qu'on la décore de l'épithète de subjective.

D'autres ne qualifient de guéris que les opérés chez qui les varices n'existent plus et qui ont récupéré un membre sain, vigoureux et indolore ; c'est bien ici une guérison vraie et radicale, c'est la seule bonne.

Voyons jusqu'à quel point cet idéal a été réalisé par les différentes opérations proposées contre les varices et que nous avons énumérées *plus haut.*

A. *Résultats des opérations qui ne visent que le reflux superficiel.* — a) *Opération de Trendelenburg et ses variantes* (ligature simple, section entre deux ligatures, résection entre deux ligatures).

Sur 697 membres opérés revus dans un délai minimum de deux mois et maximum de douze ans, on compte :

393 guérisons......	Soit 56 p. 100	
90 résultats douteux	— 13 —	} 44 p. 100
214 échecs.........	— 31 —	

A tout prendre, une opération qui donne 50 0/0 d'échecs, n'est pas *a priori* faite pour beaucoup tenter le chirurgien. Il ne serait pas juste, cependant, de prononcer contre elle une condamnation sans appel et peut-être l'étude des échecs, en permettant de préciser les indications et de perfectionner la technique, conduirait-elle à un jugement moins sévère.

b) *Anastomose saphéno-fémorale.* — Pierre Delbet déclare qu'il a pratiqué au moins 24 fois cette opération sans avoir jamais observé d'accidents ni d'incidents post-opératoires ; malheureusement il ne fournit pas de documents précis concernant les résultats éloignés, du reste, de l'aveu de son auteur lui-même, l'anastomose saphéno-fémorale, en raison de la délicatesse de sa technique, n'a guère de chance de passer dans la pratique courante.

c) *Résection de la saphène dans tout son trajet fémoral.* — C'est, en réalité, l'opération de Trendelenburg plus une résection étendue de la veine saphène variqueuse ou non dans son trajet fémoral.

Pour 23 membres opérés revus de deux mois à sept ans, on compte :

12 guérisons........	Soit 52 p. 100	
3 résultats douteux.	— 22 —	} 48 p. 100
6 échecs..........	— 26 —	

A noter que les guérisons, presque toutes constatées après trois ans, ne sont pas encore très sûres. Mais, à la vérité, les chiffres sont trop faibles pour autoriser une conclusion légitime. On peut cependant, sans risque d'erreur, prévoir que les causes de récidives après pareille opération devront être cherchées, soit : 1° dans l'insuffisance de la résection qui n'aura pas porté assez haut sur la saphène et sera restée trop courte ; 2° dans une erreur d'appréciation concernant l'indication opératoire ; la résection de la saphène fémorale ne valant pas plus que l'opération de Trendelenburg lorsque les varices ont pour origine l'insuffisance des communicantes et le reflux profond.

d) *Opération de Robinson.* — Elle est trop jeune, datant de mai 1910, pour avoir été souvent pratiquée et surtout pour pouvoir fournir des résultats éloignés. On en connaît seulement 8 observations, qui ont donné 8 guérisons ; mais. en vérité. au bout de huit jours et après cinq ou six mois, peut-on parler des résultats définitifs, assurément non. D'ailleurs, il serait imprudent d'attendre des merveilles de l'opération de Robinson. En effet : 1° si la valvule ostiale est insuffisante, ce n'est pas la ligature des affluentes qui suffira à prévenir les varices de la saphène ; 2° s'il existe des varices jambières dues au reflux profond, la ligature des affluentes supérieures restera assurément inutile : 3° si la suppression du reflux des affluentes devait suffire à guérir les varices de la saphène, l'opération classique de Trendelenburg, ligature au tiers moyen, donc au-dessous de la crosse et des affluentes, devrait évidemment y suffire aussi, car elle supprime aussi bien que la ligature des affluentes la pression sur le tronc saphénien.

B. *Résultats des opérations qui ne visent que le reflux profond.* — a) *Excision de paquets variqueux isolés.*

Nous trouvons ici, pour 70 membres opérés revus.

52 guérisons........	Soit 74 p. 100	
3 résultats douteux.	— 4 —	} 26 p. 100
15 échecs..........	— 22 —	

Mais, sur ces 70 membres opérés revus, 27 l'ont été au bout d'un temps incertain ; il en reste donc 43 dont la durée d'observation est indiquée (deux mois à huit ans) donnant :

28 guérisons............	Soit 65 p. 100
15 échecs...............	— 35 —

proportion, en somme, favorable et qui s'explique par ce fait qu'en réalité l'excision atteint bien sûrement la communication dont l'insuffisance est l'origine du paquet variqueux opéré.

b) *Résection de la totalité ou d'une grande partie de la saphène interne dans son trajet jambier ou cruro-jambier, ou de la saphène externe.* — Pour 57 membres opérés revus au bout d'un temps variant de 1 mois à 8 ans, on note :

26 guérisons........	Soit 46 p. 100	
12 résultats douteux.	— 19 —	} 54 p. 100
20 échecs..........	— 35 —	

et en totalisant les échecs avec les résultats douteux :

Guérisons...............	26 = 46 p. 100.
Echecs..................	31 = 54 p. 100

Ce qui prouve que, lorsque les varices sont assez étendues, à la jambe, au creux poplité et au tiers inférieur de la cuisse, pour exiger une large résection jambière ou cruro-jambière de la saphène interne et de la saphène externe, le plus souvent il ne s'agit pas seulement de varices dépendant du reflux profond, mais qu'il s'agit aussi de varices où le reflux superficiel, que l'opération n'a pas combattu, joue aussi un rôle pathogénique.

c) *Opération de Parona.* — La ligature de la veine poplitée. sans autre complément opératoire, a été pratiquée 26 fois par Parona et 3 fois par Monzardo. Parona a revu 4 opérés au bout de deux ans en bon état. Monzardo déclare ses 3 opérés guéris, sans indiquer au bout de combien de temps ils ont été revus. D'autre part, Dall'Acquà a publié 19 observations (12 de Giordano et 7 de lui-même), ayant donné lieu à 22 opérations où la ligature de la poplitée fut combinée à la résection des saphènes (interne et externe) : il a obtenu :

2 guérisons........	Soit 9 p. 100	
11 résultats........	— 50 —	} 91 p. 100
9 échecs..........	— 41 —	

Ce nombre considérable d'échecs à la suite de l'opération de Parona n'a rien qui doive étonner ; Dall'Acque n'a-t-il pas expérimentalement montré qu'après la résection de la veine poplitée chez les animaux, de grosses veines profondes ne tardent pas à se développer et à suppléer complètement la veine enlevée ?

C. *Opérations qui visent à la fois le reflux superficiel et le reflux profond.* — a) *Opération de Trendelenburg et ses dérivées combinées aux ligatures et résections étagées cruriales et jambières.* — M. Jeannel a réuni 83 observations de malades ayant subi 95 fois l'opération de Schwartz (ligatures et résections étagées) et ces 83 malades ont donné pour 95 membres opérés revus au bout d'un temps variant de 1 mois à 14 ans :

57 guérisons........	Soit 60 p. 100	
21 résultats douteux	— 22 —	} 40 p. 100
17 échecs..........	— 18 —	

A tout prendre, ce sont là des résultats qui pour être bons ne sont cependant pas encore bien brillants. On ne saurait en être surpris, si l'on réfléchit que, dans cette opération, les ligatures ou résections à la cuisse sont bien capables de supprimer le reflux superficiel, si l'une d'elles est placée au voisinage de l'embouchure fémorale de veine, ce qui est facile à réaliser ; tandis que, pour que les ligatures ou les résections cruro-jambières puissent supprimer le reflux profond, il faut qu'elles soient placées au voisinage des embouchures de toutes les communicantes, c'est-à-dire qu'il faut, au moins dans les cas de varices étendues, qu'il y en ait autant qu'il existe de communicantes, ce qui est assez difficile à réaliser, et ce que réalise au contraire aisément la dernière opération dont il nous reste à parler, savoir : la saphénectomie totale.

b) *Saphénectomie totale.* — Sur 77 membres opérés. revus au bout d'un temps variant de quelques mois à 7 ans, nous notons :

73 guérisons............	Soit 95 p. 100
4 échecs................	— 5 —

La saphénectomie totale, qui vise et supprime à la fois les deux reflux, s'est donc jusqu'ici montrée comme une excellente opération, donnant une proportion de guérison bien supérieure à celle que donne n'importe quelle autre.

En somme, et pour conclure, les succès obtenus par chacune des méthodes opératoires sont également incontestables ; mais il ne faut demander à chacune des méthodes que ce qu'elle peut donner.

Avant tout, se pose une question de diagnostic. En présence d'un variqueux, la première question est de savoir si, dans le cas particulier, c'est le reflux superficiel seul qui est en cause ? si c'est le reflux profond seul ? ou bien si les deux reflux à la fois ont un rôle parallèle.

De la solution de cette question dépend l'indication opératoire et le succès : l'opération de Trendelenburg ou l'une de ses dérivées procurera de bons résultats dans le premier cas ; — l'excision jambière ou cruro-jambière donnera la guérison dans le second ; — la saphénectomie totale, plus sûre sans être plus grave que les résections étagées, assurera le succès dans le troisième cas et même dans les cas douteux.

Tous les échecs sont dus à une erreur de diagnostic ayant eu pour conséquence une erreur dans le choix de l'opération.

Ceux qui s'en vont.

La médecine militaire vient de perdre le professeur Kelsch, de l'Académie, un maître très estimé.

REVUE DU LABORATOIRE

La dermo-réaction au glycocholate de soude chez les syphilitiques, par MM. Leper, Desbouis et Dubœux. (*Soc. méd. des Hôp.*)

La fréquence de la précipito-réaction de Porges dans la syphilis nous a conduits à rechercher si le glycocholate de soude, qui précipite si aisément par le sérum des syphilitiques, ne déterminerait pas en injections intradermiques des réactions ou des nodules caractéristiques.

Nous avons donc injecté par la méthode habituelle des intradermo-réactions une à deux gouttes de solution de glycocholate sous la peau d'un certain nombre de malades syphilitiques et non-syphilitiques; mais, comme le glycocholate est un sel instable et dont l'altération est rapide, nous avons toujours utilisé des solutions fraîches ou conservées à l'abri de l'air et de la lumière dans des ampoules scellées.

Les solutions au 1/10 sont trop fortes, car elles jouissent d'un pouvoir tinctorial considérable et peuvent être irritantes chez les sujets sains; les solutions au 1/100 sont trop faibles et peuvent, même chez le syphilitique, ne provoquer aucune réaction érythémateuse. Nous nous sommes, en définitive, adressés uniquement aux solutions à 1/20 et à 1/50.

1) *Sujets normaux.* — Nous avons expérimenté tout d'abord chez 63 sujets normaux ou atteints d'éruptions scabieuses ou érythémateuses banales, d'affections tuberculeuses, d'entérites, de dyspepsies, de cardiopathies, d'ictère : au 1/50 aucun n'a réagi; au 1/20 66 ne donnèrent aucune réaction, 7 une réaction extrêmement discrète.

La réaction est donc au total négative au moins dans 85/100 des cas.

2) *Sujets syphilitiques.*

Nous les diviserons en 4 catégories.

a). Syphilis primaires : 10 malades, 10 réactions fortes ou évidentes au 1/20 et au 1/50.

b) Syphilis secondaires, muqueuses ou cutanées, ne dépassant pas deux ans : 56 malades, 56 réactions au 1/20 et au 1/50.

c) Syphilis tertiaires : gommes du voile, ostéopériostites, artérites, etc., hérédosyphilis; 15 malades, 14 réactions au 1/50.

La réaction est donc à peu près constante chez les syphilitiques aigus ou en évolution.

d) Tabes et paralysie générale. Leucoplasie : 9 malades; 1 réaction au 1/20.

La réaction est donc exceptionnelle dans la parasyphilis ou la syphilis quaternaire.

La réaction consiste dans tous ces cas tantôt en un érythème lenticulaire, tantôt en un nodule saillant, un peu douloureux, de la grosseur d'un grain de mil au d'une lentille, tantôt en un large placard d'œdème rosé, tantôt enfin en une petite ulcération qui se cicatrise lentement. Elle apparait de la 18e à la 36e heure et peut persister 2 à 5 jours. Il peut y avoir de la douleur et même un peu de fièvre lorsque la réaction est intense.

Chaque fois que nous avons simultanément fait la réaction de Wassermann ou la précipito-réaction de Porges, nous avons constaté un parallélisme absolu avec la réaction dermique, mais le nombre des cas étudiés ne nous permet pas de conclusion définitive.

On peut rapprocher la dermo-réaction au glycocholate de soude de la réaction à la syphiline proposée par MM. Nicolas et Favre.

Nous la croyons plus simple et les résultats en semblent meilleurs. Le glycocholate n'ayant rien de spécifique, son action sur les tissus des syphilitiques paraît être plus en rapport avec les modifications chimiques imprimées à l'organisme par le parasite qu'avec la nature du parasite lui-même. A ce titre la réaction est déjà intéressante puisqu'elle atteste une modification biologique profonde d'un organisme malade. C'est d'ailleurs pour cette raison aussi que sa valeur diagnostique ne peut être absolue et qu'il ne faut guère s'étonner qu'elle manque chez certains syphilitiques et existe chez quelques rares malades indemnes.

La dermoréaction au glycocholate de soude nous a cependant rendu service dans quelques cas difficiles où le diagnostic de végétation simple, d'urétrite banale, d'herpès, d'érythème, voire même, dans deux cas, d'ulcération tuberculeuse, paraissait s'imposer.

CARNET DU PRATICIEN

Apéritif

Les apéritifs — au vrai sens médical du mot — sont des substances capables d'exciter l'appétit, d'exciter les fonctions digestives et en particulier les sécrétions gastriques.

Les apéritifs se distinguent en trois grands groupes : 1° les excitants physiologiques normaux. Sous ce terme on entend des substances faisant partie de l'alimentation ou formées pendant l'acte de la digestion : suc de viande, bouillon, peptone.

2° Les excitants physiologiques artificiels. Ils agissent par le même mécanisme que les précédents; mais on ne les trouve pas dans l'alimentation normale. Tels sont les alcalins.

3° Les divers excitants médicamenteux. Ce sont des amers.

L'action apéritive du bouillon de viande et des peptones, admise depuis longtemps par l'observation journalière, a été démontrée d'une façon précise et certaine par les expériences de Pawlov.

Alors que l'albumine pure ne possède aucun pouvoir excito-sécrétoire de la muqueuse gastrique, les peptones et en général les produits de digestion des albuminoïdes exercent d'une façon notable une action apéritive. Les substances qui possèdent surtout le pouvoir d'exciter les fonctions gastriques sont le bouillon, le suc de viande et les extraits de viande en général.

L'action des alcalins sur les fonctions stomacales est étroitement liée au moment où ils sont administrés et à la dose employée.

Pharmacologistes et cliniciens, abstraction faite de légères différences d'opinion, arrivent tous à cette conclusion générale : le bicarbonate de soude à petites doses (1 gr. 50), ingéré de vingt minutes à une heure avant le repas, active efficacement la sécrétion gastrique. L'action est notablement plus manifeste si l'alcalin est administré dans une infusion chaude aromatique ou sous la forme thermale alcaline.

L'efficacité apéritive des amers, admise par la tradition est pleinement confirmée par l'observation clinique. La noix vomique et ses dérivés en sont le type, mais on peut y associer beaucoup d'autres amers, tels : le columbo, la rhubarbe, le condurango, la quassia, la gentiane, etc.

Une formule d'apéritif répondant véritablement à ces diverses indications doit comprendre toutes les trois sortes d'apéritifs susdits : les dérivés de la viande, les alcalins et les amers.

On pourra par exemple formuler ainsi :

Prendre 20 minutes avant les repas, dans un verre à bordeaux d'eau tiède, un des paquets suivant :

Peptone sèche..............	5 grammes
Bicarbonate de soude........	1 —

N° 12

Et une cuillère à café de la potion suivante :

Teinture alcoolique de noix vomique..............	3 grammes
Extrait de cascarille	3 —
Sirop d'écorce d'oranges amères..............	10 grammes
Eau distillée de menthe......	120 —

F. S. A.

(*Gazzetta medica italiana.*)

Traitement de la pneumonie

Pneumonie aiguë franche d'intensité moyenne, les 7 ou 9 premiers jours.

Traitement hygiénique : 1° Repos au lit dans une *chambre bien aérée, fenêtre entr'ouverte*, le malade étant soigneusement protégé des courants d'air;

2° 4 à 6 fois par jour, *enveloppement humide* du thorax, d'une durée de 1 heure. (On enveloppe le thorax avec une serviette humide tiède ou froide (30° ou 22°), recouverte de taffetas gommé, fixée par une serviette sèche enroulée par dessus et maintenue par des épaulettes en bretelle. On la laissera suivant les cas 20 minutes à 1 heure);

3° *Alimentation liquide*, lait, bouillon, fruits, eau vinense, vin sucré, grogs légers, par petites prises régulièrement espacées;

4° Veiller à la *régularité des garde-robes*; dès le début de la maladie, purgation, de préférence avec :

Calomel......................	0 gr. 60
Lactose........................	4 grammes

Diviser en 2 paquets, à prendre à 10 minutes d'intervalle, dans un peu d'eau sucrée;

5° Toilette soignée de la bouche et des mains, après chaque repas.

Toilette quotidienne de la peau;

6° Faire évaporer largement : essence de térébenthine, eucalyptus, créosote.

Traitement médicamenteux : 1° injection de 10 centimètres cubes d'une solution d'argent colloïdal, 1er, 3e, 5e et 7e jour;

2°	Bichlorhydrate de quinine.... ..	0 gr. 30
	Antipyrine......................... ..	0 gr. 30

Pour un cachet n° 8. Un cachet à une heure après-midi;

3°	Teinture de digitale..........	2 grammes
	Potion de Todd...............	120 —

Par cuillerée à soupe toutes les 3 heures (potion pour 24 heures) à partir du 4e ou 5e jour.

— *A partir de la défervescence.* — *Traitement hygiénique.* — 1° Faire lever progressivement; 2° frictions quotidiennes avec du liniment de Rosen; 3° gymnastique respiratoire méthodique; 4° alimentation mixte généreuse, progressive.

Traitement médicamenteux :

Teinture de Saint-Ignace composé.........	2 grammes
Arséniate de soude	0 gr. 10
Glycérophosphate de soude.	10 grammes
Vin de gentiane....... ..	250 cent. cubes
Vin de quinquina.........	250 cent. cubes

Un verre à liqueur à chacun des principaux repas.

— Dans une pneumonie avec tendance à l'adynamie.

1° Pratiquer matin et soir une injection souscutanée de 1 centimètre cube de :

Sulfate de strychnine......	0 gr. 02
Eau distillée................	10 cent. cubes

2° De plus :

Solution de digitaline cristallisée au millième.....	1 cent. cube
Teinture de cannelle.......	4 grammes
Rhum vieux................	100 —
Sirop simple............ ..	100 —
Eau de tilleul..............	40 —

Par cuillère à soupe de 2 en 2 heures, les heures intercalaires des repas.

(Dr Martinet.)

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 17.500 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 33, rue J.-J. Rousseau

Le Gérant : Docteur Lucien-Graux.

VILLES DE SAISON

CE QUI SE PASSE

Ceux qui s'en vont.

Nous apprenons avec une réelle émotion la mort de notre excellent ami le Dr Schlemmer, du Mont-Dore, membre de notre Comité de rédaction. Schlemmer avait été président de la Société d'hydrologie médicale et était chevalier de la Légion d'honneur. Par sa grande science hydrologique et son affabilité bien connue il était estimé et aimé de tous nos confrères.

ÉCHOS

A propos du 606.

Notre excellent confrère *Le Caducée* publie la lettre suivante :

« La presse aux cent voix retentit de la découverte, bien moderne, du 606, vainqueur définitif de l'avarie, gloire du siècle naissant, etc.

« Or, on lit dans l'Annuaire de Bouchardat pour 1867, page 141 : « Deux militaires étaient atteints « de syphilis pustuleuse très évidente et ayant succédé « à des accidents primitifs. Pendant plusieurs mois, « toutes les préparations mercurielles et l'iodure de « potassium furent inutilement employés, et, au moyen « de l'acide arsénieux à la dose de 2 milligrammes « par jour, les croûtes se desséchèrent promptement, « les ulcères se cicatrisèrent et la guérison ne tarda pas « à s'établir. »

Rage canine. Arrangement entre la Belgique et l'Allemagne

Le Gouvernement belge et le Gouvernement allemand se sont mis d'accord pour conclure une entente relativement à la notification des cas de rage canine constatés dans les communes limitrophes des deux pays.

L'entente s'est établie sur les bases suivantes :

1° Chaque fois qu'un cas ou un cas suspect de rage canine aura été constaté dans une commune belge limitrophe ou située à une distance de moins de dix kilomètres du royaume de Prusse, le bourgmestre de cette commune en donnera immédiatement avis aux bourgmestres de chaque commune du royaume de Prusse située à une distance de moins de dix kilomètres des limites de sa commune;

2° Chaque fois qu'un cas ou un cas suspect de rage canine aura été constaté dans une commune du royaume de Prusse limitrophe ou située à une distance de moins de dix kilomètres du royaume de Belgique, le bourgmestre de cette commune en donnera immédiatement avis aux bourgmestres de chaque commune belge située à une distance de moins de dix kilomètres des limites de sa commune.

La chaire d'hydrologie.

Le Conseil de la Faculté de médecine de Paris vient de remettre à quinzaine après discussion, la décision à prendre au sujet de la création de la chaire d'hydrologie.

Sang de roi.

Un savant anglais, en reconstituant, jusque dans ses racines, l'arbre généalogique d'Édouard VII, a eu l'idée peu banale de calculer les proportions de sang anglais et de sang étranger coulant dans les veines du monarque défunt. Le résultat de son enquête est d'ailleurs assez déconcertant, car, sur 4.056 gouttes de sang circulant dans ses veines, le roi Édouard n'avait *qu'une seule goutte* de sang anglais, venant de Marguerite Tudor, épouse de Jacques IV d'Écosse.

Le savant généalogiste compte, en revanche, *deux* gouttes de sang français, venant de l'infortunée Marie Stuart; *cinq* gouttes de sang écossais (Jacques IV d'Écosse et le comte Darnley, qui épousa la reine Marie); *huit* gouttes de sang danois, *quatre mille quarante* gouttes de sang allemand.

Legs en faveur d'organisation médicales.

Un habitant de Chicago, O. S. A. Sprague, a légué à cette ville 5 millions de francs, pour la fondation d'un institut de recherches ayant trait à la médecine.

Mme R.-D. Evans a légué à la ville de Boston, une somme de un million, pour une fondation analogue.

A Moscou, le Dr Tretjakow a légué à la ville et à l'Université, une somme de un million de roubles (2.660.000 francs), dont la moitié devra être consacrée à des constructions hospitalières.

Le Dr Gaertner a légué à la ville de Wiesbaden sa fortune, évaluée à environ 700.000 francs.

Les arrérages de ce legs devront servir à subventionner des filles-mères et des enfants naturels, au moment de leur mariage.

Une chaire pour le Dr Doyen

Plus de deux cents députés viennent de signer un amendement au budget de l'Instruction publique dans le but de créer une nouvelle chaire au Collège de France. Et cette chaire, dit-on, serait destinée au Dr Doyen.

Nécrologie

Nous apprenons avec regret le décès de M. A. Julien, professeur libre d'anatomie.

REVUE FINANCIÈRE

Les actionnaires des Compagnies de chemins de fer commencent à s'inquiéter et la baisse s'accentue encore. Il est probable en effet que les dividendes vont diminuer lorsque cessera de fonctionner la garantie d'intérêt. On sait que celle-ci vient à échéance le 31 décembre 1914 pour le Nord et le Lyon. Elle persiste jusqu'en 1934 pour l'Est (soit 35 fr. 50 par an).

Pour l'Orléans et le Midi la question est controversée. L'État prétend que la garantie doit prendre fin le 31 décembre 1914 mais les Compagnies refusent d'accepter cette interprétation que n'a pas sanctionnée d'ailleurs le Conseil d'État.

C'est aux porteurs de titres de faire pression auprès de leurs représentants au Parlement.

La Bourse est encore hésitante malgré l'abaissement du taux d'escompte que viennent de pratiquer à huit jours d'intervalle la Banque d'Angleterre et la Banque d'Allemagne. Toutefois la peste qui semble un sujet d'inquiétude pour certains sera bientôt oubliée devant les mesures énergiques prises en Russie et tout fait présager une reprise des affaires.

Parmi les Fonds d'états, l'Extérieure espagnole 4 0/0 nous paraît intéressante en ce moment, c'est une valeur de tout repos. Elle cote 95 francs alors qu'elle valait 96.65 le 12 février 1910 et 97.20 le 13 février 1909, elle rapporte donc 4 fr. 20 net.

La Banque de France n'est pas mauvaise à prendre non plus. Elle cote 3950 et valait le 12 fév. 1910, 4320. Elle donne 3 fr. 69.

On dément la nouvelle d'un emprunt russe en France.

Les Banques mexicaines sont faibles, toujours déprimées par les nouvelles de l'insurrection. Banque du Mexique à 1124, Banques de Londres et de Mexico, 653, Banque centrale mexicaine, 466.

A. S. Weil.


TRAITEMENT DE L'ANÉMIE ET DE TOUS ÉTATS CONSOMPTIFS
SUC INALTÉRABLE DE VIANDE DE BŒUF CRUE
ASSOCIÉ A LA CATALASE ET AUX OXYDASES DU PLASMA SANGUIN
Le Flacon entier 8 Francs
MUSCULOSINE BYLA
Le Demi Flacon 4 Fr 50
LES PLUS HAUTES RÉCOMPENSES
PRÉPARÉE ET CONCENTRÉE A FROID
DOSE MOYENNE:
4 Cuillerées à bouche par jour pour adultes.
4 Cuillerées à dessert pour les enfants
ABSENCE TOTALE DE TOUS GERMES NOCIFS
LES ÉTABLISSEMENTS BYLA JEUNE GENTILLY — Paris

82e Année (Série XIIIe) — N° 82 Le Numéro : 25 Centimes Mercredi 22 Février 1911

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

Abonnements et Vente au Numéro
Librairie Médicale J. ROUSSET
1, Rue Casimir-Delavigne
PARIS

ABONNEMENTS :

Paris et Départements	10 fr.
Union postale........	15 fr.
Edition Espagnole	10 fr.
Edition Portugaise....	10 fr.

Les Abonnements partent du 1er Janvier.

DIRECTION & RÉDACTION
11 bis, Rue Villebois-Mareuil, PARIS
DIRECTEUR :
Dr LUCIEN
Lauréat de
Ancienne Gaze
(139e An
Hors concours, Membre du Jury
Exposition franco-britannique 1908
Vice-Prés. Expos. Bruxelles Cl. 16

ÉCHOS

École annexe de médecine navale.

Un concours s'ouvrira à Rochefort, le 3 avril 1911, pour l'emploi de professeur de petite chirurgie et de séméiologie médicale à l'Ecole annexe de médecine navale de ce port.

Médecin des hôpitaux.

Sont inscrits pour le prochain concours de médecin des hôpitaux 1. MM. Chiray, Tanon, Voisin, Moutier, Géraudel, Merklen, Gauthier, Crouzon, Agasse, Lafout, Léri.
11. Tixier, Du Castel, Emein, Trémolières, Lemaire, Babouneix, Ramond, Villaret, Comte, Lippmann.
21. Paris, Salomon, Beaufumé, Malloizel, Fiessinger, Gougerot, Darré, Paisseau, Detot, Grenet.
31. Rostaine, Lemierre, Milhit, Le Sourd (Louis), Lauhry, Deguy, Audistère, Lévi, Nathan, Laederich.
41. Camus, Lemaire, Herscher, Weill-Hallé, Vitry, Ferrand, Ribadeau-Dumas, Sezary, Norero, Giroux.
51. Jomier, Tonchard, Feuillié, Balthazard, Fouquet, Brulé, Civatte, Israels de Jong, Nathan-Larrier, Lortat-Jacob.
61. Boidin, Lonste, Rosenthal, Monier Vinard, Ferrand, Pagniez, Faroy, Rendu, Faure-Beaulieu, Génevrier.
71. Bigort, Dreyfus-Rose, Armand Delille, Bory, Claude, Bergeron, Halbron, François, Verliac, Bonôon.
81. Lévy, Gy, Claret, Legroux, Harvier, Froin, Vincent, Courcoux, Bloch, Baudouin.
91. Lejonne, Liau, Ambard, Rivet, Roussy, Ameuille, Philibert, Appert, Aubertin, Lhermitte.
101 Renaud.

L'obtention des bourses de doctorat en médecine.

Le ministre de l'Instruction publique vient de prendre l'arrêté suivant :

Article premier. — Peuvent obtenir une bourse de doctorat en médecine de première année les candidats qui justifient :

Soit de la mention « bien » au baccalauréat de l'enseignement secondaire et de 75 points au moins à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, soit de la mention « assez bien » au baccalauréat, et de 80 points au moins audit certificat;

Soit de la mention « bien » au baccalauréat de l'enseignement secondaire et de la mention « assez bien » au certificat d'études supérieures de sciences portant sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle, soit de la mention « assez bien » au baccalauréat et de la mention « bien » audit certificat.

Art. 2. — L'arrêté du 1er décembre 1906 est abrogé.

Le Codex et les colonies.

Par décret, le Codex est obligatoire dans les colonies françaises. Un délai d'une durée maximum de six mois pourra être accordé aux intéressés, par arrêté du chef de la colonie, pour se conformer aux prescriptions de la nouvelle pharmacopée.

Le rapport adressé au Président de la République par le ministre des Colonies, pour justifier la nécessité de ce décret, contient ce passage :

« Les médicaments délivrés, dans la métropole, soit aux particuliers par les pharmaciens, soit aux pharmaciens par les maisons de droguerie, devront être conformes aux prescriptions de la nouvelle pharmacopée. Il en résulte que tous les médicaments expédiés de France pour les colonies, postérieurement à cette date, seront préparés d'après les règles du formulaire officiel. »

Congrès de la peste.

Le Gouvernement russe a autorisé la convocation à Irkoutsk, le 26 février, d'un Congrès contre la peste.

Corps de santé

Le médecin major de 2e classe Lévy, hôpital militaire de Toulouse (bactériologie), est nommé répétiteur (médecine légale, thérapeutique et hygiène) à l'école du service de santé militaire.

Troubles à l'École de Médecine d'Amiens

L'Ecole de Médecine et de Pharmacie d'Amiens vient d'être fermée jusqu'à nouvel ordre. Des troubles graves s'y produisaient depuis longtemps à l'occasion des cours, et dernièrement dix coups de revolver furent tirés sans accidents.

Le vin le plus ancien.

Le plus vieil échantillon de vin se trouve, croyons-nous, à Spire, au musée du Vin (annexe du grand musée des Antiquités du Palatinat). Il s'agit d'une bouteille aux trois quarts pleine, trouvée également dans une tombe de l'époque de Constantin le Grand, et dans les environs de Spire (Bavière rhénane). Particularité intéressante : le vin est recouvert d'une couche d'huile d'olives, à l'instar de certains vins italiens actuels présentés dans des *fiaschi*. Cela prouve l'antiquité de cette méthode un peu spéciale, qui assure la parfaite conservation du liquide en le préservant de tout contact avec l'air.

Napoléon Ier cancéreux et tuberculeux.

Le Dr Cabanès vient de consacrer une étude intéressante à Napoléon Ier. D'après lui l'empereur a succombé à une hépatite chronique, sur laquelle est venue s'enter le cancer qui a terminé prématurément sa carrière.

Il est un passage de la relation du Dr Antommarchi qui n'a pas été assez remarqué : il y est dit que le poumon gauche de Napoléon avait son lobe supérieur *parsemé de tubercules* et de quelques petites excavations tuberculeuses.

Napoléon était donc tuberculeux? Pour Cabanès c'était un tuberculeux, mais un tuberculeux guéri.

Le Bonaparte de la campagne d'Italie est un petit homme chétif d'aspect, jaune de carnation, dont les bottes molles dessinaient outrageusement une jambe grêle « en manche de pelle ».

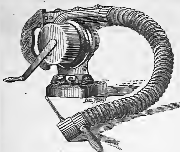
Plus tard, son masque s'alourdit, les joues s'arrondissent; il s'épaissit visiblement aux approches de la quarantaine. A son départ pour l'île d'Elbe, on lui trouve «l'apparence replète d'un prêtre italien ». Lorsqu'il revient, aux Cents Jours, il est gras, incontestablement gras : « Par l'échancrure de son habit, le ventre dessine une pointe; au-dessous, les jambes paraissent plus courtes ».

Physiothérapie

Un de nos confrères serait désireux d'employer dans son établissement comme assistante, une femme, docteur en médecine, connaissant l'électrothérapie, la radiothérapie et la mécanothérapie.

Singulière habitude

Le *Centre Médical* rappelle cette singulière habitude constatée aux îles Marquises et rapportée par le capitaine Chanal qui fait mention d'un acte de civilité pratiqué par les habitants de la *Madre-de-Dios* (voir Jules Verne, *Les grands navigateurs du XVIIIe siècle*, t. II). Elle consiste à offrir à son ami le morceau qu'on a mâché afin qu'il n'ait plus que la peine de l'avaler. On juge bien que, si sensibles que fussent les Français à cette marque distinguée de bienveillance et d'amitié des naturels, ils étaient trop discrets pour abuser à ce point de leur complaisance.







Le Ministère de la Santé publique

Par François Coreil
Député du Var
Secrétaire de la Commission d'Hygiène publique de la Chambre

Les questions d'hygiène ont pris, comme le signalait dans un récent article M. le sénateur Paul Strauss, une part importante dans la discussion du budget à la Chambre.

Il faut s'en féliciter. Beaucoup et de bonnes choses ont été dites par les différents orateurs; par MM. Vaillant, Chanot, Lefas, Leroy-Beaulieu notamment. Il y en a plus à dire, et surtout il y en a beaucoup à faire.

Ce qui frappe surtout dans notre organisation sanitaire actuelle, c'est le manque profond d'unité.

Aucune pensée directrice, aucun fonctionnaire responsable, beaucoup d'attributions éparpillées dans les différentes administrations publiques. Telle est la première critique qu'il faut adresser à notre organisation sanitaire, telle est la première réforme à laquelle il faut s'attacher résolument.

Que voyons-nous, en effet?

Au ministère du Travail est rattaché tout ce qui concerne l'hygiène et la sécurité des travailleurs.

Au ministère du Commerce, les établissements classés et insalubres, à l'Agriculture, la police sanitaire des animaux, les abattoirs, les tueries particulières (qu'il faut supprimer, disons-le en passant), le service de la répression des fraudes, les projets d'amenée d'eaux, etc., etc.

Du ministère des Affaires étrangères, dépend l'Office International d'Hygiène.

Au ministère de l'Intérieur est rattachée la Direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques. Au ministère des Travaux publics, l'hygiène des mines.

Encore les autres ministères interviennent-ils tous à leur heure, l'Instruction publique avec l'hygiène scolaire, etc.

Comment ne pas comprendre dès lors combien les efforts des administrateurs les plus dévoués, sont souvent stériles? Que de dépenses inutiles? Que d'ordres contradictoires! Quel temps perdu!

Veut-on quelques exemples des résultats auxquels on aboutit?

Un propriétaire, en vertu de la loi de 1902 sur la santé publique, dépose ses plans avant de construire un immeuble et obtient l'autorisation du maire; au cours des travaux, il les modifie et en réduit les dimensions, le maire intervient et lui fait interdire, à l'aide de la procédure de la loi de 1902, de laisser habiter les locaux modifiés. Le propriétaire n'en a cure, il répond au maire : c'est bien, restez chez vous, dorénavant, je loue ce local pour l'industrie.

Le propriétaire nargue le pouvoir municipal, relève du ministère du Travail, et ce ministère le laisse installer 10 et 12 ouvriers dans ce local, que le maire ne voulait pas laisser habiter par deux personnes?

Autre exemple : la loi prévoit la vaccination et la revaccination à 1 an, à 11 ans, à 21 ans; elle n'oublie que les étrangers qui viennent en France en dehors de ces trois âges. Or, comme l'a démontré mon ami, le sénateur Louis Martin, ce sont les étrangers qui sont souvent l'origine des épidémies de variole.

Une commune sollicite-t-elle une subvention pour un projet d'amenée d'eau? Elle doit s'adresser au ministère de l'Agriculture; veut-elle exécuter quelques travaux d'assainissement? C'est au ministère de l'Intérieur de décider.

La première réforme à réaliser consisterait donc à grouper les services d'assistance et d'hygiène, sous l'autorité d'un ministre responsable devant le Parlement.

Nous croyons savoir qu'une proposition de loi ne tardera pas à être déposée. S'il n'en était pas ainsi promptement, nous en prendrions l'initiative.

A notre avis, la répartition des services publics entre les différents départements ministériels, ne répond plus aux besoins de la société moderne.

Ces ministères se sont organisés au petit bonheur; ils se sont développés dans des conditions inattendues, par suite de causes multiples. Leurs attributions chevauchent les unes sur les autres. Il importe d'y mettre un peu d'ordre.

Le ministère des Travaux publics est trop chargé avec les chemins de fer et les postes; il pourrait être dédoublé, M. A. Cochery, père de notre collègue, n'était-il pas ministre des Postes? Combien les Postes ne se sont-elles pas développées depuis lors? Les grandes Compagnies de chemins de fer, à elles seules, ne comptent-elles pas plus de 300.000 ouvriers et employés?

Toutes les attributions sanitaires de ces deux ministères passeraient au ministère du Travail. Le ministère du Commerce serait également rattaché à ce ministère qui centraliserait les attributions sanitaires des autres départements ministériels.

Ainsi serait constitué un ministère du Travail, du Commerce et de la Santé publique; on pourrait alors espérer enfin pour l'hygiène quelques progrès.

C'est là l'œuvre à laquelle il faudra s'attacher résolument : elle doit prendre une part prépondérante dans les préoccupations de cette législature.

La Lipémie alimentaire dans quelques Ictères

Dissociation de la Sécrétion biliaire au cours de certaines affections hépatiques

Par MM. A. Lemierre et M. Brulé
Travail des laboratoires de M. le Pr Widal et de M. le Pr Quénu, à l'Hôpital Cochin.

Deux éléments tiennent une place prépondérante dans la constitution chimique de la bile : les pigments et les sels. Les premiers ne sont qu'un simple déchet excrémentitiel: les seconds jouent un rôle dans la digestion et leur présence dans l'intestin est nécessaire à l'élaboration et à l'absorption des graisses. MM. Widal, Abrami et l'un de nous (1) ont les premiers démontré que l'existence du syndrome ictère n'implique pas forcément la présence dans la circulation de ces deux éléments constitutifs de la bile. Les ictères hémolytiques sont caractérisés par l'imprégnation de l'organisme par les seuls pigments, les sels biliaires ne passant pas dans le sang et continuant leur cours normal vers l'intestin; dans les ictères hémolytiques, en effet, le foie est indemne et poursuit l'accomplissement normal de ses fonctions d'excrétion et de sécrétion. La bilirubine résultant de la transformation de l'hémoglobine est seulement produite en excès dans les vaisseaux par suite d'une destruction exagérée des hématies; elle colore le plasma sanguin et communique aux téguments la teinte pathologique. Aussi n'observe-t-on pas, dans cette forme de jaunisse, les symptômes d'intoxication, communs au cours des ictères chroniques : prurit, bradycardie, amaigrissement, symptômes attribuables à la rétention, non pas des pigments, mais des sels biliaires.

Les recherches que nous avons effectuées dans une série d'ictères de causes diverses nous ont montré que, même dans les ictères par lésions hépatiques, on constate parfois des rétentions partielles, portant sur un des deux éléments principaux de la bile; qu'il existe en un mot, dans certaines circonstances pathologiques, une véritable dissociation des fonctions secrétoires du foie.

C'est en examinant systématiquement à l'aide de l'ultramicroscope le sang d'une série de sujets ictériques que nous sommes arrivés à dégager cette conception. Aussi, avant d'aborder le point principal de cette étude, devons-nous entrer dans quelques explications sur la nature et le détail des recherches auxquelles nous nous sommes livrés.

L'application de l'ultramicroscope à l'examen du sang a permis de découvrir, à côté des cellules visibles au microscope ordinaire, d'autres éléments beaucoup plus petits, tantôt rares, tantôt très nombreux. Ces particules décrites par Raehlmann sont sans doute identiques à ce que Fr. Müller avait désigné en 1896 sous le nom d'« hémoconies », et c'est le nom qu'on leur donne généralement en Allemagne.

Neumann (1), puis Leva (2), ayant étudié les hémoconies chez un grand nombre de sujets sains ou malades, ont constaté que la présence d'une grande quantité de ces particules dans le sang est liée intimement à l'augmentation de la quantité de graisse contenue dans le plasma et s'observe dans les heures qui suivent l'ingestion de substances alimentaires riches en graisse. Ils se sont demandé si cette notion n'est pas justiciable de quelques applications cliniques, mais ils ne semblent pas en avoir tiré grand profit au point de vue pratique.

Utilisant la technique préconisée par ces auteurs, nous avons tenu tout d'abord à contrôler leurs affirmations et nous avons cherché à préciser les rapports qui semblent unir l'absorption des graisses et l'apparition des hémoconies dans le sang.

La méthode d'examen du sang est très

(1) F. Widal, Abrami et Brûlé. Différenciation de divers types d'ictères hémolytiques par le procédé des hématies déplasmatisées. *Presse Médicale*, 19 octobre 1907. — F. Widal. Les ictères hémolytiques. *Arch. des maladies du cœur et du sang*, avril 1908. — M. Brûlé. Les ictères hémolytiques acquis. *Thèse*, 1909.

(1) Neumann. Ueber ultramikroskopische Blutuntersuchungen zur Zeit der Fettresorption bei Gesunden und Kranken. *Wien. klinische Wochenschrift*, 1907, nº 28, p. 861.

(2) J. Leva. Ueber alimentäre Lipämie. *Berliner klin. Wochenschrift*, 1909, nº 21, p. 961.

simple. On dépose sur une lame une gouttelette de sang recueillie par piqûre du bout du doigt, on la recouvre d'une lamelle sur laquelle on a soin d'exercer une légère pression. On obtient ainsi, entre les piles de globules rouges, d'assez larges espaces, à contours géographiques, où l'on aperçoit plus facilement les particules en suspension dans le plasma. La préparation est portée immédiatement sur la platine de l'ultramicroscope.

Si le sang est recueilli loin du laboratoire, les préparations peuvent être conservées quelques heures avant d'être examinées, à condition de n'être pas desséchées; le fin réticulum fibrineux des individus normaux n'empêche pas de voir les hémoconies; si le sang est plus riche en fibrine, le réticulum peut gêner l'examen. Aussi, lorsque nous ne pouvons étudier le sang extemporanément, préférons-nous le recueillir dans une petite quantité de solution oxalatée à 2 p. 100 à la fois isotonique et concentrée qui empêche la coagulation sans détruire les hémoconies. Il faut avoir soin seulement de n'employer qu'une très faible proportion de solution oxalatée, de façon à ne diluer le sang que d'une façon insignifiante; on s'exposerait autrement à des erreurs dans l'appréciation du nombre des hémoconies. Le sang ainsi recueilli peut n'être examiné que quelques heures plus tard; les résultats sont les mêmes qu'avec le sang frais. Mais il est préférable de ne pas attendre jusqu'au lendemain, car nous avons constaté, au bout de vingt-quatre heures de conservation du sang oxalate à la glacière, l'apparition de granulations extrêmement nombreuses et fines, qui ne sont pas des hémoconies et qui pourraient prêter à erreur.

Si l'on examine à l'ultramicroscope une goutte de sang prélevée une heure ou une heure et demie après l'ingestion d'un repas riche en aliments gras, on voit se détacher sur le fond noir des espaces plasmatiques des granulations brillantes et animées de mouvements browniens extrêmement vifs. Les premières granulations se montrent une heure environ après le repas; elles sont d'abord extrêmement fines; puis, à mesure que leur nombre s'accroît, elles deviennent plus volumineuses, tout en restant toujours à l'état de particules ultramicroscopiques, auxquelles il est impossible d'assigner une forme particulière. Le nombre et le volume de ces hémoconies sont en raison directe de la quantité de graisse ingérée. C'est ainsi que chez un diabétique polyphage nous avons vu des hémoconies particulièrement grosses, et en proportion si considérable que l'ombre des espaces plasmatiques était à peu près effacé et remplacé par une sorte de surface chatoyante constituée par des points brillants et mobiles. Nous avons noté une image analogue chez les chiens auxquels nous avions fait ingérer de la viande fortement imbibée d'huile. Le nombre et le volume des hémoconies varierait également d'après Leva suivant la qualité des substances grasses ingérées : celles qui, pour une teneur égale en graisse, provoquent l'apparition dans le sang des hémoconies les plus grosses et les plus abondantes seraient par ordre de croissance : le lait, les œufs, la crème, le fromage, l'huile d'olive, le beurre et le lard. Nous ne nous sommes pas attachés à préciser ce détail, mais nous pouvons dire que nous avons à maintes reprises observé des sangs très riches en hémoconies après l'ingestion de lait, de beurre, d'huile d'olive, d'œufs, de viande grasse de bœuf, de porc et de mouton.

La proportion d'hémoconies atteint son maximum dans le sang de deux à cinq heures après le repas, suivant la richesse de l'alimentation en matières grasses. Puis elle diminue graduellement. Nous avons constaté qu'il existe encore douze à quatorze heures après un repas du soir assez copieux un certain nombre de granulations, très fines. Celles-ci ne faisaient réellement complètement défaut que chez des sujets absolument à jeun depuis vingt-quatre heures; nous avons pu nous en rendre compte chez des individus soumis à la diète hydrique, parfois depuis plusieurs jours; elles manquaient également d'une façon absolue chez un homme atteint de cancer de l'œsophage et dont la sténose était si complète que depuis quatre jours il rejetait même le lait.

Pour nous convaincre que la présence des hémoconies est bien liée à l'ingestion des graisses, nous avons examiné le sang à la suite de repas d'épreuve variés composés de sucre, de fruits, de viande maigre : non seulement ce genre d'alimentation n'exerçait aucune influence sur l'image ultramicroscopique du sang, mais, quand il existait encore au moment de ces repas d'épreuve une certaine quantité d'hémoconies, nous pouvions constater sa diminution pendant les heures suivantes.

Ajoutons que dans plusieurs cas où, consécutivement à l'ingestion d'une notable quantité de graisse, les granulations étaient particulièrement volumineuses, nous avons pu en centrifugeant longuement le sérum et en colorant le fond du tube par le Sudan apercevoir au microscope des particules très fines teintées de rouge. Enfin l'examen chimique de sangs riches en hémoconies, pratiqué par M. Laudat, a montré une forte teneur en graisse; dans ces cas les sérums étudiés étaient lactescents.

Il est donc permis de conclure que la résorption des graisses au moment de la digestion intestinale, et leur passage dans le sang, par l'intermédiaire des chylifères et du canal thoracique, se traduit par l'apparition dans le plasma de granulations invisibles au microscope, mais faciles à déceler sur le champ noir de l'ultramicroscope.

C'est après nous être rendu compte exactement de la valeur de ce phénomène que nous avons cherché quelles modifications il subit chez les ictériques; nous avons examiné à l'ultramicroscope le sang de ces malades après leur avoir fait ingérer 20 à 30 grammes de beurre avec du pain, repas d'épreuve proposé par Leva. Chez les animaux ce repas provoque au bout d'une heure environ, rarement après seulement une heure et quart et même une heure et demie, l'apparition d'hémoconies grosses et nombreuses, dont la proportion ne commence guère à décroître qu'au bout de trois heures environ.

Voyons maintenant comment se sont comportés nos ictériques. Sept fois il s'est agi d'ictères par rétention dus à un obstacle mécanique siégeant sur les voies biliaires. Ces sept observations se décomposent ainsi : deux cas de cancer de la tête du pancréas, un cas de cancer de l'ampoule de Vater, un cas de cancer du foie avec compression des voies biliaires, deux cas de colique hépatique et un cas d'oblitération calculeuse chronique du cholédoque.

Dans tous ces cas existait une décoloration complète des matières fécales, et dans tous ces cas les hémoconies ont fait totalement défaut dans le sang après l'ingestion du repas d'épreuve.

Chez les deux malades ayant présenté un ictère passager avec selles mastic, après une crise de colique hépatique, nous avons pu voir qu'après la recoloration des matières fécales, l'ingestion de 20 grammes de beurre provoquait à nouveau l'apparition d'hémoconies, comme chez les normaux.

Lorsque le cours de la bile vers l'intestin est totalement entravé par un obstacle mécanique, les graisses ingérées ne sont donc pas absorbées par la muqueuse intestinale, et l'ultramicroscope montre leur absence dans le sang. L'expérience confirme les données de la clinique : nous avons pratiqué chez deux chiens la ligature du cholédoque; l'ingestion de graisse n'a entraîné chez eux aucune modification du sang, alors que chez ces animaux le passage des hémoconies est toujours très rapide et très net. Les physiologistes ont du reste établi que chez les chiens porteurs d'une fistule biliaire, l'absorption des graisses ne se fait pas et l'amaigrissement est rapide.

La contre-partie des ictères par obstruction des voies biliaires nous a été fournie par une malade atteinte d'ictère hémolytique : ici la décoloration des matières fécales faisait naturellement défaut; le passage des hémoconies dans le sang était tout à fait normal. Il en était de même pour un chien chez qui nous avons provoqué l'apparition d'un ictère hémolytique par injection de toluylène-diamine.

L'étude de huit sujets atteints d'ictères infectieux nous a révélé des faits inattendus et d'une interprétation plus délicate.

Chez quatre d'entre eux présentant le syndrome de l'ictère catarrhal avec décoloration des matières fécales, l'absorption des graisses était extrêmement troublée. Deux d'entre eux se comportaient absolument comme des ictères par obstruction des voies biliaires, et les hémoconies ne se montraient pas après le repas d'épreuve.

Chez les deux autres, l'absorption des graisses devait être très compromise, car on ne notait l'apparition dans leur sang que d'hémoconies assez peu nombreuses et extrêmement fines.

Dans ces quatre premiers cas, dès que les matières fécales commencèrent à se recolorer, les hémoconies reparurent dans le sang, après le repas d'épreuve, absolument comme chez les normaux.

Chez deux autres malades, atteints également d'ictère catarrhal franc, avec selles mastic, nous avons été très surpris de voir que, pendant toute la durée de la jaunisse, le passage des hémoconies dans la circulation

s'opérait avec autant de régularité et d'intensité que chez les sujets sains. Dans un autre cas, cliniquement identique, un premier examen montra de très nombreuses hémoconies après le repas d'épreuve; deux jours plus tard, sans que rien se fût modifié dans l'état du malade, les hémoconies ne se montrèrent pas après le repas d'épreuve, pour se montrer de nouveau normalement le lendemain, en même temps que les matières fécales commençaient à se recolorer.

Nous voyons donc que dans ces trois cas, malgré l'existence d'un syndrome et ictère par obstruction, l'absorption des graisses semblait se faire normalement au niveau de l'intestin.

Au contraire, dans un cas d'ictère infectieux pléiochromique, l'ingestion du repas d'épreuve n'a été suivie d'aucun afflux d'hémoconies dans le sang. Nous devons rapprocher cette observation d'un cas de cirrhose biliaire, vérifiée à l'autopsie, dont nous avons suivi l'évolution pendant plusieurs mois et chez lequel nous avons, à huit reprises, pratiqué l'examen ultramicroscopique du sang après le repas d'épreuve. Chez ce malade les matières fécales étaient le plus souvent décolorées, mais pendant certaines périodes leur coloration était normale et la bile semblait s'écouler dans l'intestin; quel que fût le moment où nous avons pratiqué l'étude des hémoconies, les résultats ont toujours été identiques; ces éléments ont toujours fait complètement défaut.

Nous nous sommes demandé si, pour expliquer les faits paradoxaux observés dans les ictères infectieux et dans la cirrhose biliaire, on ne pourrait invoquer une sorte de dissociation des fonctions sécrétoires et excrétoires du foie. Rien n'empêche que parfois, tandis que les pigments sont retenus dans l'organisme, les sels biliaires, qui jouent un rôle dans l'élaboration intestinale des graisses, continuent à être sécrétés et à arriver régulièrement dans le duodénum. Les travaux de Widal et Javal sur la pathologie rénale nous ont habitué à concevoir la possibilité de telles dissociations fonctionnelles.

Nous avons rappelé, au début de cet article, que MM. Widal, Abrami et l'un de nous ont montré que les ictères hémolytiques sont dus à l'imprégnation de l'organisme par les seuls pigments biliaires, tandis que les sels biliaires ne passent pas dans la circulation; cette observation a été le premier exemple du rôle que peuvent jouer en pathologie les éléments dissociés de la bile.

D'autre part, l'un de nous a vu avec M. Abrami (1) que dans certains ictères infectieux pneumococciques on trouve dans la vésicule une bile absolument décolorée, et MM. Abrami, Ch. Richet fils et R. Monod (2), ayant pratiqué l'examen chimique d'une bile sembable, recueillie à l'autopsie d'une femme atteinte d'ictère streptococcique ont constaté que, si la réaction de Gmelin y faisait complètement défaut, la réaction de Pettenkofer, nettement positive, indiquait la présence des sels biliaires. Tout récemment M. Lyon-Caen (1), étudiant la tension superficielle des urines, a remarqué que, pendant la convalescence de certains ictères catarrhaux, les pigments biliaires disparaissent de l'urine avant les sels; il a montré de plus l'existence au cours des cirrhoses hépatiques d'une cholurie constituée uniquement par les sels biliaires à l'exclusion des pigments. Enfin, M. Triboulet (2), ayant constaté l'existence d'une réaction de Pettenkofer positive dans les matières fécales décolorées de certains ictériques, s'est demandé si l'on ne pouvait penser dans ces cas à une sorte de dissociation fonctionnelle au niveau du foie.

Pour juger si l'hypothèse que nous avons proposée peut être étayée par des faits plus directs, nous avons eu l'idée, tout en pratiquant l'étude des hémoconies, de rechercher la présence des sels biliaires dans le sérum de nos malades par la réaction de Pettenkofer, et dans leurs urines par les réactions de Pettenkofer et de Hay. Nous n'ignorons pas les critiques formulés contre ces procédés, et nous avons songé trop tardivement à combiner ces diverses méthodes de recherche pour avoir pu les appliquer chez tous nos ictériques. Mais dans les cas où nous avons pu y recourir elles ont abouti à des résultats si concordants que nous tenons à les exposer.

Chez deux de nos malades atteints d'ictère infectieux, avec décoloration des matières fécales, et néanmoins passage anormal d'hémoconies dans le sang, la réaction de Gmelin était positive dans le sérum et dans les urines, mais dans le sérum et les urines également la réaction de Pettenkofer était négative; la réaction de Hay était négative avec l'urine.

Chez un de ces deux malades, un second repas d'épreuve pratiqué trois jours après la première recherche ne fut suivi du passage d'aucune hémoconie dans le sang; or ce jour même la réaction de Pettenkofer était positive dans le sérum comme dans l'urine et la réaction de Hay dans l'urine. Le lendemain, par contre, la résorption des graisses se faisait de nouveau normalement et les réactions des sels biliaires étaient de nouveau négatives dans le sérum et dans les urines.

D'autre part, chez une femme atteinte d'ictère catarrhal, examinée à deux reprises et chez laquelle la décoloration des matières fécales s'alliait les deux fois à l'absence d'hémoconies après le repas d'épreuve, la réaction de Pettenkofer se montra positive avec le sang et l'urine, la réaction de Hay avec l'urine. Dès que les fèces commencèrent à se colorer la recherche des sels biliaires fut négative dans le sang et l'urine, et l'absorption des graisses se montra normale à l'examen du sang (3).

Ajoutons pour terminer que dans notre cas de cirrhose biliaire, où, malgré la coloration des matières fécales, les hémoconies ne se montraient jamais, il existait, pendant toute la durée de la maladie, un prurit intense, symptôme que nous savons dû à la rétention des sels biliaires.

L'étude de la lipémie alimentaire chez nos ictériques nous a donc conduits à la connaissance de quelques faits précis.

La recherche des hémoconies, au cours des ictères par oblitération mécanique des voies biliaires, confirme la notion déjà classique que la suppression globale de l'afflux biliaire dans l'intestin entraîne le défaut d'absorption des graisses alimentaires.

Au cours des ictères liés à des altérations du foie lui-même, les résultats fournis par la recherche des hémoconies sont variables : tantôt le tableau clinique étant celui d'un ictère par obstruction, l'absorption des graisses n'a pas lieu et l'on doit en conclure que la sécrétion des sels biliaires aussi bien que des pigments est suspendue; tantôt, avec des symptômes identiques, l'absorption des matières grasses se fait comme chez les normaux; tout porte à croire alors que l'excrétion des pigments est seule entravée et que les sels biliaires continuent à être déversés dans l'intestin. Entre ces deux types extrêmes, il est des cas où les hémoconies passent dans le sang, mais moins nombreuses et plus fines que normalement; sans doute alors l'arrêt de production des sels biliaires n'est que partiel et permet encore un certain degré d'absorption des graisses.

Inversement, quelquefois malgré une coloration normale ou même exagérée des fèces, l'absorption des graisses peut être nulle. Il est vraisemblable que, dans ces cas, l'excrétion pigmentaire reste libre, tandis que la sécrétion des sels biliaires est suspendue; il faut aussi se demander si, dans ce dernier syndrome, un facteur pancréatique ou intestinal ne peut jouer un rôle à l'occasion. Dans notre cas de cirrhose biliaire, l'examen anatomique de ces organes nous a prouvé que ces facteurs pouvaient être écartés.

Au point de vue pratique un enseignement se dégage de nos observations : Si l'absence d'hémoconies ne permet pas de conclure à un ictère par obstruction, la présence de ces hémoconies permet d'écarter le diagnostic d'ictère par oblitération totale du cholédoque.

Ajoutons qu'elles viennent à l'appui de l'opinion, défendue par nous à plusieurs reprises, que l'ictère catarrhal est bien une affection hépatique et non une inflammation des voies biliaires capable d'entraver mécaniquement le cours de la bile.

L'étude de la lipémie alimentaire par l'examen ultramicroscopique du sang est une méthode simple et qui trouvera sans doute encore des applications dans la clinique des affections hépatiques, pancréatiques, intestinales et des maladies de la nutrition. Elle nous a conduit à admettre la possibilité d'une dissociation de la sécrétion biliaire au cours de certaines lésions du

(1) A. Lemierre et P. Abrami. L'ictère pneumococcique. *Presse médicale*, 2 février 1910, n° 10.

(2) P. Abrami, Ch. Richet fils et R. Monod. Ictère hématogène streptococcique au cours d'une septicémie puerpérale. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des Hôpitaux*, 4 mars 1910.

(1) Lyon-Caen. La tension superficielle. Son application à la différenciation des chloruries et à l'étude du rôle du foie dans les ictères. *Thèse* de Paris, 1910.

(2) H. Triboulet. La réaction de Pettenkofer, son emploi empirique en coprologie clinique. *Comptes rendus de la Société de Biologie*, 16 décembre 1910, t. LXIX, Séance du 10 décembre 1910.

(3) Ajoutons aux observations mentionnées dans ce travail deux cas que nous venons d'étudier tout récemment : le premier concerne un ictère par obstruction calculeuse du cholédoque; l'absence de passage d'hémoconies dans le sang coïncidait avec des réactions de Hay et de Pettenköfer positives dans l'urine. Le deuxième cas concerne un ictère d'origine obscure avec décoloration des matières fécales; le passage des hémoconies dans le sang s'opérait normalement. Les réactions des sels biliaires faisaient défaut dans l'urine.

foie, et à reconnaître l'existence d'ictères d'origine hépatique dus comme les ictères d'origine hémolytique, à l'imprégnation de l'économie par les seuls pigments, tandis que les sels biliaires continuent à être normalement sécrétés. C'est sur ce fait particulier que nous avons désiré attirer l'attention; il nous paraît suffisamment intéressant pour mériter d'être mis en lumière.

REVUE DE BIOLOGIE

Lipémie dans un cas de diabète maigre, par MM. JAVAL, AMADO et BOYET.

Le sérum que nous présentons a été recueilli chez un diabétique maigre au début du coma, deux jours avant la mort : il renferme 108 grammes de matières grassses par litre et sa lactescence était perceptible au cours de la saignée. Après quelques jours de repos dans un tube, ce sérum s'est partagé en deux couches : la supérieure crémeuse et épaisse, l'inférieure plus claire, quoique encore laiteuse. L'émulsion graisseuse de ce sérum paraît donc instable comme celle du lait.

L'analyse chimique nous a montré qu'il contenait 8 p. 1.000 de cholestérine et 35 p. 1.000 de lécitime. La lécithinémie et la cholestérinémie paraissent présenter des intensités variables au cours de la lipémie.

Le pancréas, le foie et le rein de ce malade présentaient microscopiquement une surcharge graisseuse assez accentuée.

(*Soc. de Biol.*).

La réaction de Marmorek est-elle une fixation vraie du complément ?

M. A. Bergeron. La réaction de Marmorek qui ne résiste pas à un excès même léger de sensibilisatrice ne paraît pas assimilable au phénomène de Bordet. Le pouvoir antihémolytique du sérum de Marmorek n'est d'ailleurs pas nul vis-à-vis des urines de non tuberculeux. Ces faits rendent délicate l'interprétation des résultats de la méthode. (*Soc. de Biol.*).

Rôle des électrolytes dans la saccharification de l'amidon par les amylases salivaire et pancréatique (*Soc. de Biol.*).

En faisant agir les amylases salivaire et pancréatique dialysés sur l'amidon de Fernbach et Wolff, on arrive à dissocier mieux qu'on ne l'avait fait jusqu'ici les actions multiples qu'exercent sur l'amylalyse les électrolytes, dont les uns agissent sur l'état physique de la diastase, les autres sur l'amidon lui-même.

(*Soc. de Biol.*).

Sur la diminution du pouvoir lipolytique du suc pancréatique au cours des sécrétions provoquées par des injections répétées de pancréatine, par MM. MOREL et TERROINE.

Pour M. Fleig, cette diminution relève pour une part importante de modifications dans les propriétés physico-chimiques du suc, notamment de la viscosité et de l'alcalinité. Contrairement à cette théorie, nous persistons à croire que les facteurs invoqués par M. Fleig ne peuvent expliquer le phénomène observé.

(*Soc. de Biol.*).

Tension artérielle chez les aviateurs et vol aux hautes altitudes. (*Gazette hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux.*)

MM. Moulinier et Cruchet ont étudié l'état du système circulatoire des aviateurs après des vols élevés (1.000 à 2.000 mètres). A l'atterrissage, ils ont constaté des conjonctives, pouls radial légèrement accéléré. Pas de palpitations, pas d'arythmies. Tension artérielle constamment augmentée.

Cette hypertension provient sans doute de ce que l'organisme n'a pas le temps d'adapter au cours d'une descente rapide son système circulatoire aux pressions variables (591 mm. H. g. à 2.000 mètres ; 760 mm. H. g. à 0 mètre).

REVUE DE PÉDIATRIE

Tuberculose des ganglions épitrochléens chez l'enfant, par M. le Dr Louis VERDELET, chirurgien de l'Hôpital des enfants (*Journ. de Méd. de Bordeaux.*)

Au mois de juin 1902 (1), je publiai dans ce même journal une observation de tuberculose des ganglions épitrochléens, et, quelque temps après, mon excellent ami le Dr Griewank (2) choisissait cette question comme sujet de sa thèse inaugurale. Aujourd'hui, l'occasion m'est offerte d'en rencontrer deux nouveaux cas dans mon service de l'hôpital des Enfants; aussi, étant donné le peu de fréquence de cette affection, ai-je cru intéressant de relater ces deux observations.

OBSERVATION I

Il s'agit d'une jeune fille de quatorze ans, de santé un peu chétive, qui s'est fait au mois de janvier 1910 une plaie à la main droite. Un mois après cet accident, a apparu un ganglion épitrochléen, puis, sur le bras, une ulcération au niveau des vaisseaux lymphatiques et enfin des ganglions axillaires.

Cette maladie fut vue par le Dr Auché, qui pensa à de la tuberculose, et pour confirmer ce diagnostic, pratiqua l'examen histologique d'un fragment de l'ulcération et l'examen du pus, qui, tous deux, furent positifs.

Dans ces condtions, il envoya la malade dans mon service, où je pratiquai, le 20 avril 1910, l'ablation des ganglions axillaires et épitrochléens.

La guérison s'obtint très bien, et la malade quitta l'hôpital le 20 mai.

OBSERVATION II

Il s'agit d'un enfant de dix ans, atteint de tuberculoses multiples; en particulier, d'une tumeur blanche du poignet gauche arrivée à un degré très avancé et pour laquelle il n'y avait d'autre ressource que l'amputation de l'avant-bras.

Il existait en même temps des ganglions épitrochléens en voie de ramollissement.

Le 10 juin 1910, intervention. Amputation d'avant-bras et ablation des ganglions épitrochléens.

Guérison opératoire vers le 25 juin.

Cette forme d'adénopathie n'a été que fort peu étudiée. Dans les cliniques, Trousseau étudiant l'adénite, qui, comme il l'entendait, comprenait de nombreux cas de tuberculose, dit : « Il y a rarement hypertrophie des ganglions épitrochléens (3). »

Les divers traités classiques sont muets sur cette question; on ne rencontre dans la littérature médicale que quelques rares observations, et il faut en arriver à la thèse de Griewank pour voir attirer l'attention d'une façon sérieuse sur ces faits.

Dans ce travail, fort bien fait, l'auteur passe en revue les conditions dans lesquelles se produisait cette lésion et les classait en trois groupes :

1° Les adénites qui reconnaissent pour point de départ une plaie des doigts;

2° Les adénites provenant d'une tuberculose en voie de généralisation;

3° Les adénites tuberculeuses d'emblée ou tout au moins cliniquement.

(1) Verdelet. *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 15 juin 1902.
(2) Griewank. Thèse de Bordeaux, 1901-1902.
(3) Trousseau. *Cliniques médicales*, t. III, p. 611.

Enfin, dans sa statistique, il nous montrait qu'en ce qui concerne les enfants, on peut la rencontrer environ 18 fois sur 100.

Nos observations venant se ranger à côté de celles qu'il a publiées et se rapportant à ses deux premières catégories, c'est pour cela que nous avons cru intéressant de les relater ici et d'attirer une fois de plus l'attention sur des faits qui, par leurs conséquences possibles, méritent d'être bien connus.

REVUE CLINIQUE

Les pseudo-cancers de l'œsophage, par GUISEZ. (*Journ. de Médec. de Paris.*)

M. Guisez estime que le nombre des pseudo-cancers est égal au douzième des cas de sténose spontanée progressive avec cachexie et dénutrition qu'il a examinés.

Les affections qui simulaient le cancer étaient des *sténoses cicatricielles*, des *contractures spasmodiques*, des sténoses *par compression*.

Les *sténoses cicatricielles* sont dues à des brûlure d'acides, ou à une plaie produite par un corps étranger longtemps après l'accident. Les commémoratifs n'éclairent pas toujours le diagnostic, ils peuvent être oubliés ou inversement être provoqués à tort : tel malade explique sa dysphagie par la déglutition d'un liquide de trop chaud, alors que l'œsophagoscopie découvre un épithélioma. — Il existe des « *sténoses cicatricielles, non traumatiques, tout à fait spontanées.* » Elles sont le reliquat d'un ulcère simple de l'œsophage, — affection rare, mais dont l'auteur a trouvé quatre cas avec son œsophagoscope, — ou encore d'anciens processus d'œsophagite; ces sténoses par œsophagite siègent toujours aux deux orifices et leur aspect œsophagoscopique est caractéristique.

La *contracture spasmodique* — « affection permanente des parois de l'œsophage qui siège au niveau des orifices, qui amène une sorte d'hypertrophie, de tétanisation des sphincters et l'obstruction progressive de l'œsophage » — peut simuler le cancer, car l'alimentation devient progressivement impossible, il y a des vomissements, de la salivation, enfin de la cachexie.

Des *sténoses par compression* ont été prises pour des cancers et l'auteur a recounu, grâce à l'aspect œsophagoscopique d'une paroi refoulée et convexe qu'il s'agissait, par exemple, de compression par des ectasies de la crosse de l'aorte (3 cas) ou de l'aorte abdominale, par une adénopathie trachéo-bronchique (2 cas), par une hypertrophie du corps thyroïde, par une tumeur abdominale (foie, estomac).

Le diagnostic est d'autant plus difficile, dans tous ces cas, que la sténose peut, à un certain moment, se compliquer de cancer, sans que sa symptomatologie en soit beaucoup modifiée.

L'œsophagoscope dounera la certitude; il n'est pas nécessaire que le tube de l'instrument franchisse la lésion pour la jugér, on la voit à distance.

Et la certitude est d'autant plus précieuse à acquérir que la plupart des malades atteints de pseudo-cancers sont curables par la dilatation à l'aide de bougies, de boules électrolytiques, de ballons dilatables.

Symptomatologie de l'hémiatrophie faciale, par les Drs Paul SAINTON et BAUFLE. (*Gaz. des Hôp.*)

Si l'hémiatrophie faciale est one maladie rare, elle n'en présente pas moins un très grand intérêt, ses aspects divers en font un syndrome clinique complexe; sa pathogénie soulève de nombreux problémes qui touchent à la question de l'existence d'une fonction trophique et des voies qu'elle emprunte pour sa conduction. On se bornera ici à considérer la symptomatologie de l'affection.

I. — Forme commune. — Hémiatrophie faciale progressive

L'hémiatrophie faciale débute d'une façon lente et insidieuse; pendant longtemps elle passe inaperçue du malade et même de son entourage.

Sa première manifestation consiste en l'apparition de plusieurs taches cutanées, dont l'aspect et le siège varient suivant les individus. C'est tantôt dans la région sus-orbitaire, au voisinage du sourcil, tantôt dans la région sous-orbitaire, plus rarement à la partie moyenne de la région sous-maxillaire, au niveau du trou mentonnier ou dans la région pariétale que se montre l'accident révélateur de la maladie. C'est une petite tache circulaire ou allongée de coloration plus ou moins foncée, ou une sorte de plaque pâle, décolorée, parfois livide, qui tranche sur la teinte des zones avoisinantes; la surface en est souple, mais écailleuse ou recouverte d'une fine desquamation furfuracée.

Des crises douloureuses en accompagnent souvent la venue; tantôt ce sont des névralgies faciales, tantôt ce sont des sensations plus superficielles de tiraillement ou de prurit.

Après une période de temps variable, la lésion initiale se modifie profondément. La peau, au niveau de la tache primitive, se déprime, se rétracte; elle devient rude et sèche, se racornit et se gaufre comme celle d'une cicatrice. Son épaisseur diminue, si bien qu'un pli formé ne dépasse pas 2 millimètres d'épaisseur: elle laisse apercevoir comme à travers un voile mince, les vaisseaux sous-cutanés, qui lui donnent ainsi une coloration légèrement bleuâtre ou azurée. Au toucher elle est sèche et donne une sensation de cuir ou de parchemin. Cette peau amincie est plaquée sur les plans sous-jacents sans y adhérer, mais elle se moule et se rétracte exactement sur eux en suivant les moindres excavations ou aspérités. A ce stade la tache primitive s'est singulièrement étendue à son pourtour; d'autres taches se sont montrées à côté de la première et se réunissent pour former une *plaque* irrégulière, de grande étendue, qui peut atteindre toute la face.

L'atrophie gagne en même temps les plans musculaires ou osseux sous-jacents; les *muscles* diminuent de volume, ils ne forment plus sous la peau qu'un relief imperceptible, mais ils ne sont pas paralysés et réagissent le plus souvent sous l'influence des excitations électriques; ils présentent parfois des contractions fibrillaires. La plupart des muscles peauciers de la face sont atteints, tels l'orbiculaire des lèvres, l'orbiculaire des paupières, les zygomatiques, les muscles moteurs de l'aile du nez et de la lèvre supérieure, mais parfois d'autres groupes musculaires plus profonds, tels que le temporal et le masséter, sont touchés.

Le *squelette* n'est pas épargné, comme si la maladie évoluait méthodiquement par plans successifs : les deux maxillaires, supérieur et inférieur, l'os maxillaire, l'os malaire, les os du nez, le temporal et le pariétal s'atrophient, surtout si l'affection a débuté dans le jeune âge; sinon l'atrophie du massif facial est très atténuée et peut même faire défaut.

De l'atrophie osseuse, il faut rapprocher *l'atrophie des cartilages*, qui explique la laxité de l'articulation temporo-maxillaire, signalée dans quelques observations.

Cette atrophie des parties molles et du squelette est aujourd'hui *unilatérale;* elle est ordinairement localisée à la face, mais elle peut s'étendre à d'autres régions, comme le montrera la description des formes cliniques.

Le *facies* est alors caractéristique; les deux moitiés de la face sont à ce point dissemblables qu'elles semblent appartenir à des visages d'individus de taille et d'âges différents; l'asymétrie est encore plus marquée lorsque l'on compare entre elles deux photographies du sujet prises de profil. Le côté sain est celui d'un homme parfaitement normal; il est lisse, les saillies et les méplats en sont harmonieux: le côté malade est au contraire celui d'un vieillard de taille plus petite, ridé et amaigri, avec la peau collée aux os. Parfois même le contraste est tellement grand que l'on se demande si le côté sain n'est pas tuméfié et si ce n'est pas le côté malade qui est normal. Il en résulte que, lorsque l'on regarde l'individu de face, les deux parties du visage sont séparées par une ligne de démarcation nette où les traits ne sont plus en correspondance de niveau. Elles sont séparées par une limite brusque qui ressemble à la cicatrice d'une entaille faite par un coup de sabre.

Le *crâne* ne présente plus une forme ovoïde régulière, mais il est aplati latéralement au niveau de la région temporo-pariétale, le front paraît en retrait, mais chez quelques sujets la bosse frontale paraît plus saillante à cause de l'atrophie des parties molles sus-jacentes, en même temps qu'il existe une véritable gouttière partant de l'angle interne de l'orbite pour se perdre dans la région pariétale. Le rebord orbitaire dessine son relief sous les téguments, mais les paupières amincies et rétractées cachent le globe oculaire, qui est d'ailleurs enfoncé dans l'orbite par suite de l'atrophie du tissu cellulo-graisseux rétro-oculaire; le nez est déprimé latéralement et l'orifice de la narine non plus arrondi, mais ovalaire et dévié, regarde en haut et en dehors.

Les lèvres sont, dans la moitié atteinte, aplaties et amincies; au niveau de la lèvre supérieure, la limite entre la partie atrophiée et la partie saine est marquée par un sillon dont la forme et la direction rappellent l'aspect du bec-de-lièvre. De cette atrophie labiale résulte une asymétrie marquée de la bouche; du côté malade, la bouche reste entr'ouverte, en sifflet les deux lèvres rétractées ménagent une fente dont la hauteur diminue de la commissure labiale à la ligne médiane.

Chez quelques sujets, les lèvres ainsi amincies s'affaissent et se laissent saisir entre les dents pendant les mouvements de mastication. La peau est flasque, ridée, non seulement aplatie, mais déprimée en coquille, fait qui rend plus apparent le relief osseux du rebord orbitaire inférieur et de l'arcade sygomatique. Le maxillaire inférieur, dans la moitié atrophiée, est en retrait sur le côté sain et la séparation est souvent indiquée par une encoche mentonnière très nette.

L'oreille est plus mince, ses reliefs et ses dépressions s'effacent, elle prend l'apparence d'une lame cartilagineuse et donne au toucher la sensation de parchemin.

Le contraste entre les deux moitiés de la face est encore accentué par les altérations du système pileux, les cheveux tombent ou blanchissent du côté atrophié; parfois cette canitie partielle est une des manifestations initiales de la maladie. Elle débute dans la région pariétale, en même temps qu'apparaît à ce niveau la tache caractéristique. La chute des sourcils et des cils des paupières supérieure et inférieure, la chute de la moustache accompagnent d'ordinaire la canitie ou la calvitie unilatérale.

Indépendamment de ces lésions qui frappent de suite l'attention, d'autres se rencontrent plus discrètes, mais aussi fréquentes, au niveau de la cavité buccale du côté atteint. Les rebords alvéolaires sont moins développés, les dents sont déviées, irrégulièrement rangées, elles ne s'opposent plus à celles de la mâchoire correspondante. Chez d'autres sujets on constate la chute prématurée des dents, mais les dents elles-mêmes ne sont pas atrophiées et conservent les mêmes dimensions que du côté sain. La moitié de la voûte palatine du côté atrophié est moins large, la concavité du voile paraît plus accentuée, la luette également est asymétrique, on a même rapporté quelques cas d'atrophie de l'amygdale. L'hémiatrophie linguale qui est signalée dans plusieurs observations mérite une place à part dans le syndrome qui nous occupe.

Ces atrophies superposées de la peau, des muscles et du squelette constituent à elles seules toute la maladie; les troubles fonctionnels sont peu marqués; la vue, l'ouïe, l'odorat restent normaux; la sécrétion des larmes, de la salive ne sont pas modifiées. Cependant la sensibilité est troublée dans certaines observations. Du prurit, des douleurs mordicantes, des crises névralgiques, des fourmillements sont accusés par les malades; parfois la sensation diffère, c'est un sentiment de tension permanente, de tiraillement, comparable à celle que produirait le contact d'un masque de caoutchouc ou l'application d'une couche de vernis. Objectivement on a observé la persistance anormale des sensations et une excitabilité exagérée de la surface cutanée au courant électrique.

La température locale est souvent abaissée du côté malade; la sudation y diminue, comme il est facile de le constater lorsque le sujet s'est livré à un exercice musculaire assez violent ou mieux encore à la suite de l'épreuve de la pilocarpine. Tantôt la réaction sudorale est retardée ou diminuée, tantôt elle fait défaut au niveau de la région atrophiée. Ce sont des symptômes accessoires, d'ailleurs inconstants, rapportés seulement dans un petit nombre d'observations.

II. — Variétés cliniques

L'hémiatrophie faciale, comme le montre la description des cas les plus typiques, n'est jamais limitée à la face, elle s'étend presque toujours au crâne, de là l'expression de *trophonévrose céphalique* substituée à celle de trophonévrose faciale.

Elle ne se présente pas d'ailleurs toujours sous la forme qui fait l'objet de la description classique, où l'on voit tout un côté de la face se dessécher et se momifier, faisant un contraste absolu avec l'autre moitié du visage. Il y a des *cas frustes* où le processus se borne à une légère diminution de volume portant sur l'ensemble des tissus. Brissaud en montre un exemple très net dans sa clinique consacrée aux trophonévroses céphaliques. L'atrophie était si discrète que la malade ne s'en était pas aperçue et que la déformation pouvait échapper à un observateur superficiel. Il est facile dans ces cas de différencier la lésion d'une asymétrie congénitale, car il existe un stigmate caractéristique de son origine, c'est l'existence de la cicatrice qui accompagne toujours son développement.

A côté de ces formes frustes, il existe toute une série de formes de l'hémiatrophie faciale qui intéressant par leur sélection topographique et par leur étendue, et qui permettent d'entrevoir certaines modalités peu connues de sa physiologie pathologique.

1° *Hémiatrophie cervico-faciale.* — Il existe très peu de cas où les muscles de la nuque et du cou ne participent pas au processus; sterno-mastoïdien, muscles de la région sus et sous-hyoïdienne, trapèze, deltoïde même s'atrophient, et il existe parfois entre les régions carotidiennes des deux côtés une dissemblance comparable à celle qui se montre entre les deux visages. Parfois même les symptômes à distance sont beaucoup plus marqués et le processus atrophiant gagne le membre supérieur.

2° *Hémiatrophie facio-scapulo-humérale.* — L'exemple le plus net est le cas publié par MM. Pierre Marie et Marinesco, que ces auteurs hésitèrent, à l'époque où ils le publièrent à faire rentrer dans le cadre de la maladie de Romberg et que Brissaud range sans hésitation dans ce même groupe. Il s'agit d'un homme qui, à la suite de l'extraction d'une dent, vit sa bouche se dévier, le côté gauche du visage devint le siège de vives douleurs. Le malade au cours d'une maladie fébrile grave, vit son asymétrie faciale devenir très manifeste, la paupière gau-

che tomber; les phénomènes progressèrent, l'atrophie s'étendit à l'épaule gauche et à l'avant-bras gauche. Les auteurs ne voulurent faire rentrer ce cas dans aucun des cadres connus (*facio-scapulo-huméro-thoracique* et le publièrent sans affirmer sa nature.

Mais, depuis, d'autres cas avec participation du tronc ont été signalés, et il est d'autres observations où l'hémiatrophie faciale présenta des associations curieuses.

3° *Hémiatrophie faciale associée à d'autres lésions d'atrophie.* — Des cas de combinaison de l'hémiatrophie faciale avec d'autres lésions nerveuses ont été publiées : qu'il suffise de publier les faits, on verra plus loin les conclusions qu'il convient d'en tirer.

Une malade de Lorentz fut prise d'une hémiatrophie cranio-faciale gauche avec hémiatrophie du tronc et des membres à droite, réalisant un type de *trophonévrose alterne.*

Diller a publié un cas où l'hémiatrophie faciale coïncidant avec une *épilepsie jacksonienne* du côté opposé.

Enfin il y a de ces cas rares, il est vrai, comme celui dans lequel il y a *hémiatrophie totale du corps* et où l'individu paraît formé par l'accolement de deux moitiés d'individus différents (Broca, Orbison). Raymond et Sicard ont publié des observations intéressantes du *type hémiplégique* où la maladie s'est présentée sous deux formes : dans la forme ascendante le début se fait par le membre inférieur et l'atrophie progresse en atteignant le membre supérieur et la face ; dans la forme descendante le membre inférieur est pris en dernier.

Quelle que soit sa forme, la caractéristique de la maladie est d'avoir une marche progressive, mais très lente ; il n'est pas rare de voir des sujets chez lesquels elle a évolué pendant quarante ans, sans qu'il en résulte aucun accident. Exceptionnellement elle présente des rémissions.

REVUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

La dénomination des phalanges dans les accidents du travail, par le Dr Adrien Besson (*Journ., des Sciences médic., de Lille*).

Dans le fascicule de décembre 1910 de la *Revue de Médecine légale*, le Dr Angelo de Dominicis insiste sur « l'utilité d'une dénomination spéciale des phalanges et des articulations correspondantes dans les accidents du travail »; il faut, ajoute-t-il, « quelque chose d'intelligible aussi pour ceux qui doivent juger et qui ne sont pas, naturellement des médecins ». J'ajouterai que même, pour les médecins, cette proposition est évidemment justifiée: bien nombreux sont certainement nos confrères qui, dans un rapport sur les lésions des doigts, sont restés parfois hésitants devant le « *point de départ* » du N° 1 dans l'ordre des phalanges et consécutivement des articulations.

Une désignation très « *parlante* » est donc nécessaire pour une interprétation « sûre » de prime abord. — Thiem a proposé la dénomination de: 1) phalange métacarpienne ou basilaire; 2) phalange médiane; 3) phalange terminale ou unguéale. — A. de Dominicis juge plus intelligible les termes de: 1) phalange proximale: 2) phalange médiale; 3) phalange distale. Les articulations correspondantes prendraient alors le nom de : articulation métacarpienne ou basilaire, médiale, terminale ou unguéale (Thiem), et : articulation proximale, médiale, distale (Dominicis). Cette terminologie manque certainement de clarté « *littérale* » et elle prêterait incontestablement dans la pratique aux mêmes hésitations que la méthode « *numérale* » habituellement employée.

En toute cette recherche, l'on ne voit réellement pas pour quelle raison l'on va chercher si loin ce que l'on trouve si près dans des dénominations très anatomiques et connues de plus par tous, praticiens ou profanes. Pourquoi ne reste-t-on pas fidèle, *d'une façon systématique*, à la dénomination de : phalange — phalangine — phalangette, — et, comme corollaire : articulation métacarpo-phalangienne — phalango-phalanginienne, — phalangino-phalangettienne? Je concède immédiatement que pour les articulations, cette dénomination est « littéralement » un peu longue, mais n'est-elle pas, en revanche, absolument claire et d'une précision absolue?

Le pouce, qui ne possède que deux phalanges, doit évidemment, avec n'importe quelle terminologie, bénéficier d'une désignation spéciale qui est d'ailleurs facile. Afin d'éviter la confusion très possible entre la phalangine (qui manque ici) et la phalangette, les termes de : phalange métacarpienne — phalange unguéale ou terminale — articulation phalango-métacarpienne — articulation inter-phalangienne, ne paraissent prêter ici à aucune équivoque.

REVUE DE CHIRURGIE

Torsion de l'épiploon, par le Dr Mauclaire, agrégé. Hôpital de la Charité. (*Bulletin Médical*)

Nous avons eu dans le service un malade intéressant au point de vue de la discussion du diagnostic. C'est un homme, âgé de vingt-neuf ans, très blanc de figure, sans boursouflure, ni œdème cependant. Depuis quelques années il avait une hernie inguinale droite, pour laquelle d'ailleurs il ne portait pas de bandage; elle n'était pas douloureuse, elle se réduisait complètement.

Or, brusquement, deux jours avant l'entrée du malade dans le service, il a ressenti une douleur brusque sous le pli de l'aine et se prolongeant même dans la fosse iliaque. *Toute la région est devenue saillante, depuis la fosse iliaque jusque dans le scrotum;* le malade eut quelques vomissements, mais il rendait des gaz par l'anus. La douleur augmentant, il entra à l'hôpital dans notre service.

A l'examen local, je note une saillie régulière du scrotum, à droite; cette saillie se prolonge à la vue dans le canal inguinal et à l'entrée de la fosse iliaque. Le scrotum était un peu congestionné et très tendu.

A la palpation, cette tuméfaction est régulière, sans aucune bosselure; la continuité est très nette entre la masse scrotale inguinale et la tuméfaction inguino-iliaque. A la partie inférieure je ne sentais pas distinctement le testicule; toute la masse était douloureuse et, en bas, je n'ai pu déceler par la pression la présence du testicule, la douleur étant diffuse. De même, la tuméfaction n'était pas pédiculée à sa partie supérieure et ne paraissait pas plus intense au niveau de l'orifice interne du canal inguinal. Il y avait d'ailleurs une défense de la paroi abdominale de ce côté, empêchant l'exploration profonde de la fosse iliaque. Quand le malade tousse, la tuméfaction n'augmente pas de volume, il n'y a ni expansion, ni propulsion de la masse. Le ventre n'est pas ballonné.

Comme troubles fonctionnels, le malade n'a pas de vomissements, il rend des gaz par l'anus. Son pouls est à 90°; sa température 38°2; sa figure exprime une douleur très vive.

J'ai éliminé l'épiplocèle simple, à cause de la gravité des accidents. J'ai éliminé l'entérocèle et la hernie étranglée à cause de l'absence d'occlusion intestinale, et, finalement, j'hésitais entre deux diagnostics : l'épiploïte pure et simple et la torsion du cordon spermatique. En faveur de ce dernier diagnostic, il y avait l'intensité de la douleur, mais la tuméfaction était bien volumineuse, et cependant dans certains cas une tuméfaction aussi intense a été signalée dans la torsion du cordon spermatique. Mais la tuméfaction dans ces cas ne se prolonge pas aussi haut dans la fosse iliaque comme chez notre malade.

En faveur de l'épiploïte, il y avait l'étendue, la forme, le prolongement supérieur de la tuméfaction et la diffusion de la douleur. Mais cette épiploïte s'observe surtout dans les hernies anciennes. Il est vrai que le malade était bien peu explicite et assez contradictoire sur les antécédents de la lésion.

J'ai éliminé enfin la possibilité d'une *hydrocele en bissac.*

En présence de la gravité des lésions, et devant l'incertitude entre les deux diagnostics, je conseillai une intervention exploratrice.

Après l'incision, j'ai trouvé un liquide hémorragique dans un sac herniaire et une grosse épiploïte à pédicule intra-sacculaire, tordue et adhérente aux parois du sac herniaire. Le testicule était situé au-dessous de la masse herniaire et indépendant. La torsion était à 180 et de gauche à droite. J'ai fait la résection épiploïque très haute, au-dessus de la torsion, par une vraie hernio-laparatomie, puis la cure radicale par le procédé de Bassini.

J'ai déjà eu l'occasion d'observer deux fois la torsion de l'épiploon et, dans ces deux cas encore, je n'avais pas fait de diagnostic.

Dans le premier cas (1), il s'agissait d'un malade ayant une hernie colossale — contenant cinq à six litres de sérosité — le cœcum, le colon ascendant, 50 centimètres d'intestin grêle et enfin de véritables cordes épiploïques multiples noirâtres, grosses comme la moitié du petit doigt, séparées complètement les unes des autres et dont quelques-unes étaient tordues comme des ficelles, soit à leur partie moyenne, soit à leur partie supérieure. Ces cordes épiploïques étaient très indurées, les unes vasculaires, les autres scléreuses à la coupe, d'une longueur de 20 à 25 centimètres et au nombre de 7 à 8. Il s'agissait donc, chez ce malade, de dissociation de l'épiploon en plusieurs fragments dont quelques-uns étaient sclérosés et tordus.

Dans le deuxième cas, il s'agissait d'un malade ayant une hernie inguinale depuis longtemps; brusquement survinrent des accidents douloureux qui firent croire à une hernie étranglée. A l'opération, j'ai trouvé une torsion intra-sacculaire de gauche à droite, de un tour et demi, avec hémorragie intra-sacculaire. Le malade a guéri.

En examinant les pièces anatomiques, on distingue trois variétés de torsion épiploïque :

a) La *torsion autour d'un seul point fixe;* c'est la partie supérieure de l'épiploon qui est le point fixe. L'épiploon se tord comme une corde.

b) La *torsion autour de deux points fixes;* la partie supérieure de l'épiploon, d'une part, et la partie inférieure adhérente à un organe abdominal et aux parois du sac herniaire. L'épiploon se tord comme une serviette fixée à ses deux extrémités.

c) La *torsion complexe, à plusieurs tours,* avec enroulement complexe de l'organe (cas de Chavannaz). Torsion en plusieurs points de l'épiploon (cas de Baracz, Moresco), ou torsion en étages; une torsion peut être extra-abdominale, et l'antre intra-abdominale.

Dans ces cas de torsion, l'épiploon est très altéré, il est atteint d'épiploïte chronique. Ses vaisseaux sont oblitérés en partie.

La torsion est à un ou plusieurs tours, quelquefois six, le plus souvent deux ou trois.

Cette torsion épiploïque est fréquemment observée depuis une dizaine d'années. Le premier

(1) Epiploïte herniaire avec torsion intra-sacculaire du pédicule (*Rev. de gyn. et chir. abdominale,* mai 1909). Deux cas.

cas rapporté est celui de Marchetti, en 1851. Mais c'est surtout le cas d'Oberst (1882) qui attira l'attention sur cette lésion. En 1909, il y avait cinq cas publiés, en 1906, 44 (Pretzch), en 1909, 20 cas (Schonholzer) (1), et la même année Cernezzi (2) en rapportait 77 cas !

Comme je vous l'ai déjà dit, tantôt la torsion est intra-abdominale, tantôt elle est intra-sacculaire, c'est-à-dire dans un sac herniaire, sans qu'il y ait eu de manœuvres de taxis. Cette variété intra-sacculaire est la plus fréquente (54 cas sur 70), d'après la statistique de Schonholzer).

Quelques causes adjuvantes favorisent cette torsion. Ce sont l'inflammation chronique de l'épiploon, l'épiploïte hypertrophiante, les adhérences épiploïques avec les organes intra-abdominaux, trompe, ovaire, utérus, ou dans un sac herniaire, les mouvements de l'intestin, un traumatisme abdominal (Cernezzi), les manœuvres de taxis. Enfin la torsion est favorisée par l'existence d'une tumeur dans l'épiploon lui-même (kyste, sarcome, etc.).

Cette torsion se produit pendant les efforts, la toux, les vomissements. Elle est favorisée par l'épiploïte chronique, la mobilité exagérée de l'épiploon, l'infection d'un organe voisin : appendice, intestin. Pour Payr, l'action de la pression sanguine dans les vaisseaux épiploïques joue un certain rôle adjuvant, les mouvements des organes voisins, intestin, utérus, également.

J'ai essayé, chez des cobayes, de reproduire cette torsion, mais celle-ci ne s'est pas maintenue malgré la fixation du bout épiploïque inférieur. Je pense que parfois une épiploïte primitive précède la torsion; dès lors celui-ci, fixé en haut au reste de l'épiploon et en bas aux parois du sac, se tord comme une serviette fixée à ses deux extrémités. Cette épiploïte peut aussi être consécutive à la thrombose primitive des vaisseaux épiploïques. Cette thrombose vasculaire primitive de l'épiploon rappelle celle des vaisseaux mésentériques dont les observations deviennent fréquentes.

Au point de vue *symptomatique*, cette torsion se présente sous deux formes :

a) La *forme herniaire*. C'est celle que nous avons observée chez notre malade. La symptomatologie est celle d'une épiploïte herniaire.

b) La *forme appendiculaire*, c'est-à-dire intra-abdominale. La symptomatologie est celle d'*une appendicite*.

Dans ce cas, on sent une masse dans la fosse iliaque, simulant absolument un gâteau épiploïque.

Le début est presque toujours brutal. *Ce qui frappe surtout c'est l'intensité des phénomènes fonctionnels et généraux : douleurs, péritonisme, rapidité du pouls, nausées, comme dans tous les cas de torsion d'un organe abdominal.*

Le *diagnostic* est difficile. Vous avez vu que j'ai envisagé successivement la *hernie étranglée*, la réduction en masse d'une hernie réduite par le taxis, l'*épiploïte*, la *torsion du cordon spermatique*, l'*hématocèle en bissac*, pour les formes herniaires; et l'*occlusion intestinale* ou l'*appendicite*, pour les formes intra-abdominales.

Il est évident que dans la forme herniaire, l'existence d'un hernie ancienne aidera à poser le diagnostic.

Le *pronostic* est assez grave, car les lésions peuvent s'aggraver, l'épiploon se nécroser. On a signalé l'infarctus consécutif de l'estomac et de l'intestin (Moresco); la vraie péritonite est assez rare. La variété intra-abdominale est plus grave que la variété intra-sacculaire.

Sur 66 cas, opérés ou non opérés, colligés par Lejars (1) et Schönholzer, on note 7 morts, 2 par péritonite, 1 par pneumonie, 1 par embolie pulmonaire (cas de Perier) (2).

Le *traitement* se conçoit aisément. Il faut mettre à découvert l'épiploon, le détordre et le réséquer un peu au-dessus de la torsion pour ne pas laisser dans l'épiploon des zones remplis d'infarctus. Il faut réséquer très haut pour ne pas laisser échapper une autre torsion siégeant plus haut (cas de Eiselsberg et de Moresco).

Chez notre malade nous avons facilement fait la détorsion et la résection, mais il est survenu une complication bien imprévue, ce malade était albuminurique. Il s'est rapidement réveillé après l'opération; la nuit fut calme, sans vomissements, les urines furent très troubles avec une odeur ammoniacale très intense.

Le malade devint un peu ictérique le lendemain; puis, trente-six heures après l'opération, il devint très agité et il tomba rapidement dans le coma, avec anurie complète, sans paralysie. Malgré une forte saignée, il succomba au bout de vingt-quatre heures. L'autopsie nous a été refusée. Je ne sais à quoi attribuer cette issue fatale. Il serait facile d'incriminer le chloroforme, mais il ne faut pas abuser de cette explication.

En terminant, je vous rappellerai que bien des organes peuvent subir cette singulière torsion, ce sont l'estomac, l'intestin grêle, le diverticule de Merkel, le cœcum, l'appendice iléocœcal, le côlon transverse, l'S iliaque, les appendices épiploïques du gros intestin (Virchow, Riedel, Robinson, Kindirji et Séjournet), la rate, la vésicule biliaire, les reins, l'utérus normal, l'utérus fibromateux, l'utérus gravide, les trompes normales, l'ovaire. En somme, tous les organes de l'abdomen, sauf le foie, le pancréas et le duodénum.

Bien des tumeurs peuvent aussi subir une torsion pathologique; celle-ci a été observée pour des hydrosalpinx, pyosalpinx, hématosalpinx, les grossesses tubaires, les kystes séreux de l'ovaire, les kystes dermoïdes, les kystes ovariens intraligamentaires, les fibromes utérins, les tumeurs du mésentère et même des lipomes préherniaires (Wendel).

Le mécanisme de ces torsions est bien difficile à comprendre; leur pronostic est grave, aussi en présence d'accidents péritonéaux graves et de cause indéterminée sommes-nous portés à faire de plus en plus la laparotomie exploratrice précoce.

(1) Schonholzer, *Correspondenzblatt f. Schweizer Tertze*, 15 nov. 1909.

(2) Cernezzi. Torsion de l'épiploon (*Clinica chirurgica*, mars 1909).

(1) Lejars. — *Sem. médic.*, fév. 1907.

(2) Perier. — *Progrès méd.*, 24 avril 1909

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Méthode physiologique de démorphinisation rapide, par le Dr P. Sollier (*Presse Méd.*)

Cette méthode comprend quatre périodes :

1° Une période de *préparation*;
2° Une période de *sevrage*;
3° Une période d'*élimination aiguë*;
4° Une période de *convalescence*.

1° La période de *préparation* dure de cinq à huit jours, suivant le degré d'intoxication, l'état général du sujet, le fonctionnement de certains appareils (intestin, foie, reins, cœur). Elle est employée, d'une part, à diminuer le toxique en usage, progressivement et suivant certaines indications fournies par les réactions du sujet. (S'il s'agit d'un morphino-cocainomane, il faut d'emblée supprimer la cocaine, ce qui ne présente aucun inconvénient; s'il s'agit d'un héroïnomane, il faut d'emblée remplacer l'héroïne par la morphine, à dose presque double).

D'autre part, on en profite pour mettre l'organisme en état au point de vue de l'élimination des produits altérés par le toxique. Pour cela, on emploie d'abord et avant tout les *purgatifs*, non pas n'importe lesquels, mais certains seulement : l'un est le *calomel*, l'autre est l'*eau de Sedlitz*. Le malade doit être purgé tous les jours, et ce n'est que lorsque les évacuations alvines sont assurées d'une façon continue et abondante qu'on procède au sevrage. Sevrer un morphinomane ayant encore de la tendance à la constipation c'est s'exposer à tous les accidents graves qu'on a décrits autrefois et qui faisaient reculer devant la suppression rapide. Aujourd'hui, par l'emploi de la méthode des purgations quotidiennes, ces accidents ne sont plus à craindre, et voilà des années que M. Sollier n'a pas vu une syncope au cours du sevrage, alors que c'était chose des plus fréquentes et presque constante autrefois.

Le foie et l'intestin ne sont pas les seules voies d'élimination des éléments altérés par des toxiques, surtout par la morphine ou ses dérivés. Il faut agir sur les glandes qui sont susceptibles de l'emmagasiner : les glandes de la peau, les glandes salivaires. Les bains, les douches chaudes, les bains de lumière sont utiles pour les premières; la pilocarpine, le jour ou la veille du sevrage, permet de nettoyer les secondes. Enfin, il est nécessaire d'assurer le fonctionnement régulier des reins et leur lavage complet.

2° *La seconde période* est celle du *sevrage*.

Pendant cette période, qui ne dure d'ailleurs que vingt-quatre à trente heures, l'évacuation intestinale doit être assurée de telle sorte que le sujet ne reste jamais plus de quatre heures sans aller à la selle. Dès qu'il y a arrêt, on doit administrer l'eau de Sedlitz, qui, en tout cas, est toujours donnée pendant les deux premiers jours de sevrage, matin et soir. Plus le malade évacue facilement, plus sa réaction est vive et rapide, et moins il souffre.

En procédant ainsi, on est frappé d'une chose, c'est qu'au bout de vingt-quatre heures après la dernière piqûre, le désir de morphine a disparu.

3° *La troisième période*, d'*élimination aiguë*, comprend les huit ou dix jours qui suivent le sevrage, pendant lesquels l'organisme continue à se débarrasser avec une grande intensité de tous ses éléments intoxiqués. Le foie, en particulier, toujours plus ou moins rétracté pendant la morphinomanie, reprend son volume et secrète de la bile en abondance. Tout le tube digestif, depuis la langue jusqu'à l'intestin, se dépouille; la peau desquame, le teint reprend une coloration plus normale, les urines perdent leur albumine, les abcès se cicatrisent.

Les grands bains, les douches et une purgation quotidienne d'eau de Sedlitz sont, avec le repos au lit qui doit être maintenu depuis le premier jour de la cure, les seules indications de cette période.

En ce qui concerne l'alimentation des malades pendant ces trois premières périodes, M. Sollier les laisse à la diète complète le premier jour du sevrage, se bornant à leur donner de la limonade citrique, et ensuite du café au lait, dès que leur estomac peut supporter quelque chose. Il augmente ensuite très progressivement l'alimentation et suivant les goûts et désirs du malade pendant la semaine du sevrage. La perte de poids qui en résulte, et qui tient surtout à la déshydratation organique, est vite réparée dès la première semaine.

4° *La quatrième période* est la *période de convalescence*. Elle est marquée par le retour de l'appétit, d'un appétit vorace, avec des digestions extrêmement rapides, qui permettent au sujet de faire plusieurs repas copieux par jour. Aussi reprend-il en moyenne 2 kilogs par semaine, et très souvent 2 kil. 500, 3 kilogs et même 5 kilogs, comme cela arrive chez les hommes de constitution robuste.

Pendant cette période, l'organisme est loin d'être débarrassé, ainsi que le prouve l'examen du sang, et il se produit des crises éliminatoires si l'on n'y prend garde. Or, elles ont un grave inconvénient : c'est de ramener un état de malaise qui réveille le désir de morphine disparu dès le lendemain du sevrage. Pour les éviter, il suffit d'entretenir soigneusement l'élimination intestinale, hépatique et cutanée. L'activité des glandes génitales, qui se réveille avec une intensité assez vive du quinzième au vingtième jour, n'a besoin d'aucun stimulant.

Pour l'élimination cutanée, les bains et les douches chaudes sont suffisants.

Quant à l'évacuation hépatique et intestinale c'est encore au calomel, de temps en temps, suivant l'état du foie, et à l'eau de Sedlitz répétée tous les jours pendant une vingtaine de jours d'abord, puis tous les trois ou quatre jours, et en tout cas dès qu'il y a tendance à un peu de ralentissement dans les fonctions intestinales, qu'il faut avoir recours. On est surpris de la facilité avec laquelle les malades acceptent d'ailleurs ces purgations répétées. Ils sont, au bout de quelque temps, les premiers à les réclamer; il est à remarquer, d'ailleurs, que mieux ils s'y soumettent, plus leur appétit et leur reprise de poids sont marqués. Et, d'autre part, ils n'en éprouvent aucune gêne : une demi-heure après avoir pris leur verre d'eau de Sedlitz, ils absorbent sans inconvénient leur déjeuner, et leur appétit n'en est nullement diminué, au contraire, ~~ni leur digestion~~ non plus.

M. Sollier insiste sur ce point capital : *pas de substitutifs, pas d'analgésiants, pas d'hypnotiques*. Et à propos de ces derniers, en particulier, il fait remarquer l'action désastreuse et immédiate du trional, du sulfonal et autres produits du même genre chez les désintoxiqués récents qui tombent très rapidement, si petites doses qu'ils en prennent, dans un état d'hébétude qui, au premier abord, les ferait prendre pour des paralytiques généraux.

Cette méthode offre le maximum de précision dans le mode opératoire, le maximum de sécurité dans le sevrage et le maximum de chances de guérison — non pas seulement de guérison immédiate, puisque le sevrage *réussit toujours*, mais de guérison persistante, sans récidive, — et en même temps le minimum de durée du traitement et de troubles au moment du sevrage.

Traitement de l'accès d'asthme chez l'adulte par le docteur R. Oppenheim (*Progr. méd.*).

S'assurer, tout d'abord, par un examen approfondi, qu'il s'agit bien d'asthme essentiel et non de dyspnée asthmatiforme, symptomatique d'une lésion pulmonaire, cardiaque ou rénale.

A. — *Au moment de l'accès.*

1° Dès le début, tenter d'enrayer l'accès par des inhalations de pyridine : 10 gouttes sur un mouchoir ou 4 à 5 grammes versés sur une assiette, à quelque distance du malade; ou bien faire fumer des cigarettes Espic (feuilles de stramoine, jusquiame, belladone et extrait d'opium).

Ou même faire brûler dans une coupe, auprès du malade, qui aspirera la fumée, une cuillère à café de :

Poudre de nitrate de potasse......	6 gr.
Poudre de feuilles de datura......	10 gr.
Poudre de feuilles de belladone....	10 gr.
Poudre de feuilles de jusquiame...	10 gr.

On enfin faire respirer le contenu d'une ampoule d'iodure d'éthyle (une dizaine de gouttes par inhalation).

2° Faire prendre, de demi-heure en demi-heure, une cuillerée à soupe de la potion suivante, jusqu'à 4 cuillerées au maximum.

Dionine..............................	0 gr. 15
Pyramidon..........................	1 gr. 50
Sirop simple........................	30 gram.
Hydrolat de tilleul..............	Q.S. p. 150

3° Au culmen de l'accès, si les moyens précédents n'ont pas apporté de soulagement, on sera le plus souvent obligé de recourir à l'injection de morphine :

Chlorhydrate de morphine ...	0 gr. 10
Sulfate d'atropine.............	0 gr. 005
Eau distillée....................	10 gram.

1 à 3 cent. dans les 24 heures. Ne jamais laisser de morphine à la disposition des malades, l'asthme étant une des affections qui conduisent le plus facilement à la morphinomanie.

B. — *Les jours suivants, pendant la période des accès à répétition.*

1° Repos absolu, alimentation légère, de préférence lacto-végétarienne.

2° Prendre le matin au réveil et le soir à 7 heures, une des pilules :

Extrait de belladone..........	1 centigr.
Poudre de belladone..........	1 centigr.

3° Le soir, au coucher, prendre une cuillère à entremets de la préparation :

Extrait de cannabis indica.	0 gramme 10
Extrait de jusquiame.....	0 gramme 10
Bromure de potassium....	10 grammes
Hydrate de chloral.......	10 grammes
Eau distillée............	Q.S. p. 100 c.c.

4° Pratiquer deux fois par jour des séances de gymnastique respiratoire, en ayant surtout en vue la rééducation de l'expiration. Pour cela, habituer le sujet à faire des inspirations superficielles et des expirations lentes et prolongées, qu'on aidera par des mouvements passifs des membres supérieurs.

Le malade s'entraînera à faire progressivement des expirations de plus en plus longues, soit en comptant de 1 à 5, 8, 10, 15, etc., avant de reprendre son souffle, soit en expirant le plus lentement possible dans un spiromètre muni d'un embout buccal.

C. — *Traitement des périodes intercalaires.*

Ce traitement, qui ne peut, ici, qu'être sommairement esquissé, varie suivant qu'il y a ou non bronchite chronique concomitante.

a) S'il n'y a pas de bronchite, s'assurer tout d'abord qu'il n'existe pas non plus de lésion nasale, cause possible d'asthme réflexe; si l'examen du nez est négatif, diriger le traitement contre l'état névropathique qui joue, alors, un rôle prépondérant dans l'étiologie : psychothérapie, hydrothérapie tiède ou chaude, gymnastique respiratoire, emploi des préparations de valériane; en été, cure au Mont-Dore ou à Néris.

b) S'il y a bronchite chronique concomitante:

1° 20 jours par mois, prendre deux cuillerées à soupe, par jour, avant les repas, la potion :

Arséniate de soude............	0 gr. 03
Iodure de potassium...........	10 gram.
Eau distillée....................	300 c. c.

2° Les 10 autres jours, prendre le matin, à jeun, dans un verre de lait, deux cuillerées à soupe d'eau de Labassère.

3° Prendre chaque jour, à distance des repas, quatre des pilules suivantes :

Terpine..........................	0 gr. 20
Codéine..........................	0 gr. 01

Pour une pilule n° 60.

4° Faire de façon régulière des applications révulsives sur le thorax; teinture d'iode, cataplasmes sinapisés, pointes de feu.

5° En été, cure au Mont-Dore, à Allevard, Cauterets ou les Eaux-Bonnes.

CARNET DU PRATICIEN

Sténoses spasmodiques du pylore

1° Repos absolu au lit durant 4 à 8 jours. Eviter toute fatigue durant 15 à 20 jours;

2° Régime lacté absolu durant 3 à 5 jours; 1.500 grammes en 24 heures; une tasse de 300 gr. toutes les 3 heures, de 7 heures du matin à 7 heures du soir. Boire le lait chaud, pur ou aromatisé, par petites gorgées;

3° Après 3 à 5 jours, réalimentation graduelle : tapioca, semoules, riz bien cuit, puis farine de légumineuses et œufs à la coque. Eviter la viande, le pain et les aliments indigestes, le tout durant 15 jours;

4° Durant ces 15 jours, 1 jour sur 4 de régime lacté comme au début;

5° Se reposer environ 20 minutes après chaque repas.

(Lorsque le malade revient peu à peu aux aliments solides, il faut éviter qu'il prenne du lait comme boisson aux repas. L'usage du lait, dans ces conditions, est fâcheux, car le malade est ainsi suralimenté, et cette suralimentation méconnue est dangereuse. Il faut alors remplacer le lait par des infusions chaudes. Le régime suffit parfois, indépendamment de toute médication, pour faire cesser le spasme pylorique).

Sinon, prendre pendant 8 jours, toutes les 2 heures, une cuillerée à dessert de la potion suivante :

Sous-nitrate ou carbonate de bismuth..	5 grammes
Gomme arabique..........	15 —
Eau distillée q. s. p.........	150 —

Cette médication ne provoque pas en général la constipation.

Pour calmer l'excitabilité gastrique, on utilisera avec succès la série des médicaments antispasmodiques : bromure, codéine, belladone, valériane, etc. Les applications chaudes et humides sur la région épigastrique sont également indiquées.

Leven.

Bronchite de l'enfance dans la première période quinteuse.

1° Faire appliquer, matin et soir, pendant 10 à 15 minutes sur le thorax un grand cataplasme sinapisé. On fera suivre cette application d'une friction énergique sur le thorax avec un tampon de coton hydrophile ou un morceau de flanelle imprégnés de la mixture suivante :

Térébenthine.................	15 grammes
Alcool à 65°.................	300 —

2° Si l'enfant est couché, envelopper ses jambes de bottes de ouate et de taffetas gommé.

3° Toutes les trois heures, dans l'intervalle des prises de lait ou de bouillon, donner une cuillerée de la potion suivante :

Benzoate de soude...........	2 grammes
Sirop de tolu.................	30 —
Julep, q. s..................	120 —

ou bien si la toux est très quinteuse et pénible :

Sirop de codéine..............	5 grammes
Eau de laurier-cerise.......	2 —
Eau chloroformée...........	30 —
Eau de fleurs d'oranger q. s.	120 —

Drs Périer et Gaugoux.

Laryngite aiguë

Pulvérisations ou inhalations avec décoction tiède de laitue. Boissons chaudes.

Révulsifs sur le devant du cou : le plus simple est l'application de compresses trempées dans l'eau très chaude et fréquemment renouvelées; si la douleur et la congestion locale sont intenses, émissions sanguines locales par les sangsues, dont l'application devra être surveillée à cause des veines jugulaires superficielles.

Prendre, le soir, 2 cuillerées à bouche de :

Sirop diacode................	40 grammes
— de bourgeons de sapin.	40 —

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 17.500 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 33, rue J.-J. Rousseau

Le Gérant : Docteur Lucien-Graux.

ÉCHOS

Un peu d'astronomie

Voici une curieuse échelle de proportions entre les planètes, petites et grandes, qui gravitent autour du soleil. Prenant pour étalon la pièce de vingt francs, un mathématicien a trouvé qu'elle correspond ainsi qu'il suit à l'estimation de la grandeur relative des diverses planètes :

La Terre.................Fr.	20 »
La Lune..................	0 25
Mercure..................	1 20
Mars......................	2 »
Vénus....................	15 »
Uranus..................	280 »
Neptune.................	320 »
Saturne..................	1.840 »
Jupiter..................	6.200 »
Enfin, le Soleil..........	6.000 780 »

Comité d'assistance et de placement des veuves et des orphelines.

La création du service d'assistance aux veuves et orphelines de médecins, par la recherche d'un emploi en rapport avec leurs aptitudes, a provoqué un assez grand nombre de demandes.

Le Comité se trouve trop souvent dans l'impossibilité de satisfaire à ces demandes parce que les postes qui pourraient convenir ne lui sont pas signalés.

En conséquence, il serait reconnaissant aux membres de l'Association de l'aider dans la tâche qu'il a entreprise en signalant à M. le docteur Darras, 5, rue de Surène, Paris, dès qu'ils les connaissent, tous les emplois qui pourraient être tenus par une veuve ou une fille de médecin; ils rendront ainsi un signalé service à des veuves ou à des filles de confrères qui, restées sans ressources après la disparition du mari ou du père, se voient dans la nécessité de chercher dans le travail les ressources qui devront assurer leur existence.

Demandes. — N° 1. — Veuve de sociétaire, artiste miniaturiste, demande élèves. Portraits, prix modérés.

N° 4. — Veuve de médecin donne leçons de peinture, dessin, gravure. Parle allemand et anglais.

N° 6. — Deux sœurs de sociétaire, âgées l'une de trente-huit ans, l'autre de vingt-neuf, ayant leur brevet, demandent emploi d'institutrice pour jeunes enfants, ou de gouvernante, ou de dame de compagnie. De préférence en Bretagne.

N° 9. — Fille de médecin, veuve sans enfants, ayant l'habitude du monde et de la tenue d'une maison, musicienne, parlant un peu l'anglais, demande emploi de dame de compagnie ou de gouvernante d'une grande jeune fille.

N° 10. — Veuve de médecin, trente ans, désire emploi de dame de compagnie, ou de caissière, ou de vendeuse.

N° 16. — Veuve de sociétaire demande emploi de *quelques heures par jour* dans clinique ou maison de santé à Paris. Très recommandée.

N° 18. — Veuve de médecin, connaissant anglais, et allemand, apte à diriger intérieur et à soigner malades, demande emploi. S'occuperait d'enfants.

N° 21. — Fille de médecin, externe des hôpitaux, traduisant l'anglais, demande à faire des recherches bibliographiques ou travaux similaires.

N° 22. — Veuve de médecin désire, à Paris, emploi de dame de compagnie auprès de jeunes filles à conduire dans le monde ou étrangères.

N° 23. — Veuve de médecin parlant et traduisant le russe et l'allemand, demande des leçons et des traductions (Paris).

N° 26. — Veuve de sociétaire, quarante et un ans, désirerait accompagner malades aux eaux; s'occuperait d'enfants. Paris ou environs de préférence.

REVUE FINANCIÈRE

La Bourse est toujours calme et il y a peu d'affaires. Seul le marché au comptant reste animé.

Les banques sont indécises. La Banque de France reste faible à 3950. Le Crédit Foncier s'avance à 836, ainsi que la Banque de Paris à 1844. Le Crédit Lyonnais reste à 1516, la Société générale se tasse à 783. Nous croyons que ce titre est encore intéressant à ce cours et l'assemblée générale de la fin de mars pourrait prendre des décisions qui donneraient à cette action une nouvelle plus-value. Le public continue à vendre les chemins de fer.

Le Nord est baissé de 1532 à 1505; le Lyon de 1153 à 1148; l'Orléans de 1290 à 1240; le Midi de 1030 à 1010. Des assemblées générales auront lieu bientôt. Il est à espérer que des protestations se feront entendre contre les prétentions de l'Etat. L'Extérieure d'Espagne que nous avions signalée la semaine dernière au taux intéressant de 95 francs vient de monter à 96 fr. 35.

La spéculation qui a fait monter à des cours extraordinaires par bonds prodigieux la Maltzoff semble s'intéresser à la Hartmann qui de 652 francs touche en ce moment à 712 francs. Il est bien possible que des cours plus élevés se voient.

A. S. Weil.

82e Année (Série XIIIe) — N° 83 | Le Numéro : 25 Centimes | Mercredi 1er Mars 1911

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

Abonnements et Ventes au Numéro
Librairie Médicale J. ROUSSET
1, Rue Casimir-Delavigne
PARIS

ABONNEMENTS :
Paris et Départements .... 10 fr.
Union postale......... 15 fr.
Edition Espagnole.... 10 fr.
Edition Portugaise.... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —

CHANTEMESSE, Professeur d'Hygiène à la Faculté de Paris, Membre de l'Académie de Médecine
LANDOUZY, Doyen de la Faculté, Prof. de Clin. Médicale, Membre de l'Académie de Médecine
RECLUS, Professeur de Clinique chirurgicale, Membre de l'Académie de Médecine
RICHET, Professeur de Physiologie à la Faculté de Paris, Membre de l'Académie de Médecine
ALBERT ROBIN, Professeur de Clinique Thérapeutique, Membre de l'Académie de Médecine
BALZER, Médecin de l'Hôp. St-Louis, Memb. de l'Acad. de Méd.
BAZY, Chirurgien de l'Hôpital Beaujon
BEURNIER, Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis
CHASSEVANT, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
VAQUEZ, Professeur agrég. Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine
DESGREZ, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
MARIE, Médecin en chef de l'Hospice de Villejuif
MONPROFIT, Professeur à l'Ecole de Médecine d'Angers
MOUREU, Prof. à l'Ecole sup. de Pharmacie, Membre de l'Académie de Médecine

DIRECTION & RÉDACTION
11 bis, Rue Villebois-Mareuil, PARIS
DIRECTEUR :
Dr LUCIEN GRAUX
Lauréat de l'Institut
Ancienne *Gazette de Santé*
(139e Année)
Hors concours, Membre du Jury
Exposition franco-britannique 1908
Vice-Prés. Expos. Bruxelles Cl. 16

ÉCHOS

Distinction

Le ministre du Travail vient de conférer par décret la médaille d'argent de la Mutualité au Dr Lucien Graux, directeur de la *Gazette médicale de Paris*.

Nos colonnes

Nous ouvrons volontiers nos colonnes à tous ceux de nos confrères qui ont recueilli des observations intéressantes, qui possèdent des procédés et recettes pratiques. Dans l'intérêt de tous qu'ils nous envoient leurs idées sous forme d'articles courts écrits *par des praticiens pour des praticiens* ou même sous forme de petites notes résumées. Qu'ils se rappellent qu'ils ont été très satisfaits de recueillir dans tel ou tel journal une formule heureuse, un tour de main commode, la description d'un symptôme nouveau permettant un diagnostic plus aisé et qu'ils n'hésitent pas à rendre pareil service aux confrères. Nous sommes tous solidaires dans la profession !

Physiothérapie

Un de nos confrères serait désireux d'employer dans son établissement comme assistante, une femme, docteur en médecine, connaissant l'électrothérapie, la radiothérapie et la mécanothérapie.

En Roumanie

On nous prie d'informer nos abonnés de Roumanie que le Jubol, le rééducateur type de l'intestin, vient d'être autorisé par le Conseil supérieur de santé.

Pour Tunis

Nous rappelons à nos confrères et à nos collègues de la presse médicale qu'ils peuvent participer à l'*Exposition d'hygiène de Tunis* avec tous les avantages (installation de leurs ouvrages et des revues dans une vitrine, inscription au catalogue, voyage à demi-tarif, récompenses possibles, etc.), pour le prix forfaitaire de 10 francs pour le premier volume et 5 francs pour les suivants. Ces prix comprennent l'envoi, l'emballage, l'installation et tous les frais quelconques. C'est pour un prix très minime la participation permise aux journaux médicaux et aux auteurs qui désirent exposer leurs livres, thèses ou brochures quelconques (mises dans un classeur celles-ci ne comptent que pour un volume). On sait que l'exposition, présidée par M. le Dr Brunier, chirurgien des Hôpitaux, a lieu dans un palais mis gracieusement à la disposition du comité par le bey. Adresser adhésions et ouvrages au commissariat de l'exposition, 9, rue Casimir-Périer, Paris.

Notre hôtel

Notre hôtel est définitivement acheté. Il est situé tout près l'avenue de la Grande-Armée, 9, rue Denis-Poisson, et les bureaux de la *Gazette* y seront installés dès le 1er mai. Il lui sera exclusivement consacré. Un jardin assez grand nous permettrait encore des agrandissements ultérieurs si c'était nécessaire.

Distinctions honorifiques.

Sont nommés dans l'Ordre du Mérite agricole :

Au grade d'officier. — MM. les docteurs Ch. Durand (de Branoux), Guillet [P.-L. V. J.] (de Paris), Guillotean (d'Alfort), Leroux [L.-L.-E.] (de Paris).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Amouroux (de Ratayrens), Bianchi (de Lyon), Bosche et Cazaux [Jacques] (de Paris), Cazes [Romain] (de Toulouse), Chenal (de Gepoy), Cornil [Gilbert] (de Vichy), David [E.-V.] (de Paris), Debedat (de Bordeaux), Dor [Henri] (de Caluire-et-Cuire), Lemaire (de Cosne), Lemonnyer (de Crérenoes), Marque, Naegelin et Parmentier [Henri] (de Paris), Picaud (de Grenoble), St-Laurant et Vermesch (de Paris).

Napoléon Ier cancéreux et tuberculeux

Le Dr Cabanès vient de consacrer une étude intéressante à Napoléon Ier. D'après lui l'empereur a succombé à une hépatite chronique, sur laquelle est venue s'enter le cancer qui a terminé prématurément sa carrière.

Il est un passage de la relation du Dr Antommarchi qui n'a pas été assez remarqué : il y est dit que le poumon gauche de Napoléon avait son lobe supérieur *parsemé de tubercules* et de quelques petites excavations tuberculeuses.

Napoléon était donc tuberculeux? Pour Cabanès c'était un tuberculeux, mais un tuberculeux guéri.

Le Bonaparte de la campagne d'Italie est un petit homme chétif d'aspect, jaune de carnation, dont les bottes molles dessinaient outrageusement une jambe grêle « en manche de pelle ».

Plus tard, son masque s'alourdit, les joues s'arrondissent ; il s'épaissit visiblement aux approches de la quarantaine. A son départ pour l'île d'Elbe, on lui trouve « l'apparence replète d'un prêtre italien ». Lorsqu'il revient, aux Cents Jours, il est gras, incontestablement gras : « Par l'échancrure de son habit, le ventre dessine une pointe ; au-dessous, les jambes paraissent plus courtes. »

Affiches macabres.

La préfecture de la Seine, par de grandes affiches blanches, porte à notre connaissance les nouveaux tarifs des pompes funèbres. Rien n'est oublié, et le prix de tout le matériel funéraire est soigneusement détaillé. Le prix des cercueils varie de deux à quatorze cents francs, suivant qu'ils sont de bois blanc ou d'ébène ; la garniture intérieure peut varier de 50 centimes à 300 francs. Pour 40 francs, l'administration fournit un cheval de bataille ; pour 10 francs, elle voile de crêpe les tambours. Il y a même des pleureuses pour la modique somme de 6 francs.

Nécrologie.

Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Van Cauwenberghe (de Gand), président de l'Académie royale de médecine de Belgique.

Les préparateurs des Ecoles supérieures de pharmacie.

La Chambre a voté le 16 février une résolution de MM. Barthe et Deloncle, ainsi conçue :

« La Chambre invite M. le Ministre de l'Instruction publique à étudier, en vue du budget du futur exercice, les moyens d'assimiler les traitements des préparateurs des Ecoles supérieures de pharmacie à ceux des préparateurs des Facultés des Sciences. »

Rassurons nos malades

La commission permanente du conseil supérieur d'hygiène, réunie sous la présidence de M. le docteur Roux a voté les conclusions suivantes :

1° Il n'y avait lieu pour le moment de prendre à l'égard des personnes ou marchandises diverses provenant de Mandchourie ou de la région d'Astrakan aucune mesure spéciale, — tous navires venant de pays contaminés de peste restant, en vertu des règlements généraux et permanents de la police sanitaire maritime, soumis à une inspection sanitaire attentive et à la dératisation avant déchargement ;

2° Il y avait lieu de suivre attentivement les progrès éventuels de l'épidémie dans ces régions pour rechercher si, en présence de circonstances nouvelles, des garanties complémentaires devraient et pourraient être instituées.

A NOS LECTEURS

La question de l'aliénation et du divorce a pris ces temps derniers une place importante dans les préoccupations de l'opinion. Le Congrès des aliénistes et neurologistes français tenu à Bruxelles, en août 1910, en avait déjà examiné un aspect; depuis cette époque, la Société médico-psychologique à la suite d'une communication de MM. Juquelier et Fillassier, l'a inscrite à son ordre du jour. A la Chambre des Députés, MM. Maurice Colin et Maurice Viollette ont déposé deux propositions de lois, distinctes dans la forme, identiques quant au résultat. Nos lecteurs vont lire ci-dessous l'important article qu'a bien voulu leur consacrer sur notre demande, M. Viollette, député, auteur de l'un des projets de loi.

En raison de la gravité de ce problème et de l'intérêt qui s'y attache, la Gazette Médicale de Paris, *prie ses lecteurs de lui envoyer les réflexions et observations qu' leur suggère. Ce dossier sera remis à M. Viollette, qui en fera état lors de la discussion de sa proposition de loi, à la Chambre des députés et qui citera les documents les plus intéressants qui nous parviendront.* *LA RÉDACTION.*

L'Aliénation mentale cause de Divorce

Par MAURICE VIOLLETTE
Député, auteur du Projet de Loi sur l'Aliénation et le Divorce

La question du divorce pour cause d'aliénation mentale est à l'ordre du jour. Depuis 1884, elle n'avait pas encore été discutée avec cette ampleur. An surplus, ce n'est pas seulement en France que la question se pose. Elle a été résolue affirmativement en 1897 en Bulgarie, en 1902 dans la République de l'Equateur, en 1907 dans la Principauté de Monaco, en 1910 en Portugal. En Angleterre une commission royale chargée d'étudier les modifications à apporter à la loi sur le divorce vient de reprendre ses séances; elle a entendu récemment trois spécialistes éminents : Thomas Smith Clouston, Robert Jones et T.-B. Hyslop qui tous les trois se sont déclarés partisans du divorce pour cause d'aliénation mentale au bout de trois ans.

La jurisprudence en France ne peut pas ne pas maintenir le principe affirmé par le législateur. Mais déjà le droit prétorien fait son œuvre d'interprétation et entreprend de corriger un peu la rigueur du droit strict.

Lorsque, par exemple, l'aliénation mentale est la conséquence d'excès alcooliques ou vénériens, la jurisprudence envisageant moins le fait de l'aliénation que le caractère injurieux des circonstances qui l'ont provoquée, admet le divorce. La Cour de Bordeaux a posé le droit des juges d'ordonner une expertise médicale et de rechercher dans cette expertise et dans des enquêtes si un individu qui n'est pas assez aliéné pour être interné mais qui est suffisamment dangereux pour reudre la vie commune impossible, a conservé « une certaine liberté morale » qui permette de décider que « *P... n'a subi les entraînements de son idée fixe que parce qu'il n'a pas voulu suffisamment combattre et réprimer son tempérament et sa passion.* »

Un jugement, plus réceut encore, du Tribunal de la Seine admet que le malade libéré d'un asile doit être réputé guéri et que les injures graves qu'il peut dès lors commettre autorisent son conjoint à demander le divorce.

En vérité, il suffit sur ce point d'interroger le bon sens le plus élémentaire. La première chose qui viendra à l'esprit, c'est que puisque divorce il y a, on ne peut pas prétendre persister à lier deux êtres qui ne pourront plus jamais se rencontrer. La fidélité à un mort se conçoit, c'est la fidélité à un souvenir, à une affection Mais comment garder la fidélité, même de cœur, à un aliéné enfermé qu'on sait incurable, alors que cet individu qui a été notre conjoint ne peut plus jamais être que fardeau pesant et source d'amertume.

Seulement, un texte législatif ne se fait pas avec un sentiment. Un texte se fait avec des idées et ces idées, il faut qu'elles soient exposées de façon suffisamment claire pour que le magistrat chargé de l'interprêter puisse non seulement les repérer mais encore les limiter. Pour faire un article de loi, le législateur idéal doit découper dans la réalité juridique une difficulté d'ordre général, il doit ensuite la résoudre mais en ayant soin de rattacher cette solution à des principes généraux, de telle façon que le juge dont la mission est d'adapter cette solution générale aux cas particuliers, puisse prononcer en conformité de la pensée du législateur.

Dans l'espèce qui nous préoccupe, on ne peut pas cependant rattacher le divorce pour cause d'aliénation mentale à cette simple idée que la vie conjugale est désormais devenue impossible. En effet, nombreuses sont les maladies en dehors de la folie où la vie conjugale est une impossibilité et souvent même une souffrance. Il y a des maladies atroces, répugnantes, incurables elles aussi, on ne peut cependant pas les envisager comme cause de divorce. Au moment du mariage, les époux se promettent secours et assistance, et c'est une promesse qui serait singulièrement vaine si la maladie pouvait en délier. La maladie fait partie du « risque conjugal » ; les conditions de santé qu'un conjoint porte en lui au jour de son mariage peuvent être anéanties rapidement. Qu'il ne se marie pas celui qui ne veut pas être exposé à être un jour garde-malade. La maladie n'est pas l'exception, elle est la règle : plaider qu'on se marie à la condition que son conjoint ne sera jamais malade ou qu'il ne subira que des affections passagères, c'est soutenir un procès ridicule. Donc, la maladie ne peut pas être une cause de divorce.

Alors, et l'aliénation mentale?

N'est-elle donc pas une maladie et, si oui, le procès se trouve jugé! Et s'il est vrai que l'aliénation mentale n'est en tout cas qu'une maladie exceptionnelle, *quid* de la sénilité qui est un des risques normaux de la vieillesse, *quid* même de la paralysie générale qui peut prendre l'individu très jeune et le précipiter en démence : la sénilité et la démence ne sont-elles pas deux formes de l'aliénation mentale?

Il est vrai. L'aliénation mentale peut être considérée comme une maladie, mais c'est tout au moins une maladie d'un genre bien spécial.

L'aliénation mentale fait évanouir la personnalité ou la transforme, et c'est là la distinction fondamentale sur laquelle je veux appuyer.

Le mariage est en effet contracté en considération de la personne à laquelle on se décide à s'associer pour fonder une famille. On a envisagé son caractère, ses sentiments, ses goûts; on a relevé en un mot toutes les caractéristiques qui créent une individualité. Survient la folie incurable : tantôt, de cette individualité, il ne reste rien, qu'un automate; tantôt, une autre individualité apparaît, c'est celle d'un étranger (*alienus*), et même parfois d'un ennemi.

Oui, moi époux, j'ai accepté par le mariage les risques de la maladie, même incurable, mais à la condition que l'être auquel je prodigue mes soins, ce soit encore « mon mari » ou « ma femme ». Sur le patient, je concentre toute mon affection parcequ'il y répond et même si la maladie a développé l'égoïsme au point que le malade ne se doute pas du sacrifice, je sens bien que le mieux le plus précaire m'apportera le réconfort attendu et les illusions nécessaires. Et s'il ne doit pas y avoir guérison, quelle que soit la maladie, il est bien rare qu'elle ne replace jamais l'un en face de l'autre les deux esprits qui se sont compris et les deux cœurs qui se sont aimés. Mais dans l'aliénation mentale incurable, le conjoint n'a même pas l'amère satisfaction de se dévouer, c'est bien pis que le cimetière à un certain point de vue puisque c'est la séparation d'avec un malheureux devenu dément ou délirant, et qui, dans ce dernier cas, souffre lui-même de la privation de sa liberté.

Beaudelaire pouvait encore évoquer « la forme et l'essence divine de ses amours décomposées ». Il n'y a pas d'idéalisme qui puisse reconstituer la personnalité de ceux qu'on a vu se mêler au lamentable troupeau des déments et des idiots.

En vérité l'aliénation mentale est donc en soi une rupture du mariage puisque l'individu avec lequel on a échangé le consentement a disparu irrévocablement. Seulement poser cette affirmation, c'est en même temps bien indiquer qu'il ne faut pas confondre l'aliénation mentale maladie, susceptible de soins, de guérison, avec l'aliénation mentale incurable. Dans l'aliénation mentale maladie curable, la maadie présente cette caractéristique essentielle, que la personnalité n'est pas abolie sans retour, elle n'est que momentanément paralysée ou modifiée. Donc l'individu n'est pas mort avec lequel le consentement a été échangé. Il se réveillera et dès lors le divorce, qui ne peut à mon sens procéder dans cette matière que de cette idée de destruction ou de transformation totale de la personnalité du conjoint, ne peut pas être accueilli.

Est-il facile de distinguer cliniquement l'aliénation mentale curable, de l'aliénation incurable ? Seuls, les praticiens ont qualité pour résoudre la question. Il semble bien

que oui *a priori* puisque tant de législations ont admis comme une véritable présomption, l'incurabilité de la folie après trois ans d'internement.

Il ne paraît donc pas y avoir pour le législateur problème insoluble de ce côté; cependant, n'est-il pas indispensable de faire des réserves, et de prévoir quelques exceptions à propos desquelles la question du divorce ne saurait être posée, malgré l'évidence et l'incurabilité des troubles de l'intelligence ?

Voici par exemple un homme frappé par une attaque qui diminue sa vigueur physique et aussi ses facultés mentales, car cet homme ne peut plus gérer ses affaires et doit être surveillé comme un enfant. (Ne dit-on pas de lui d'ailleurs qu'il est « retombé *en enfance* » ?) c'est bien un dément, admettra-t-on le divorce? On peut objecter que cet état intellectuel est souvent la conséquence de la syphilis, et comme tel légitime le divorce en vertu des principes généraux du droit; mais à la vérité, la contagion syphilitique ne suppose pas forcément un rapprochement injurieux pour l'autre conjoint. En tout cas, il est d'autres causes à cette variété de démence qu'on hésite à assimiler à l'aliénation mentale proprement dite, et ces autres causes rentrent bien dans le risque conjugal qui ne permet pas d'autoriser le divorce.

Pourtant même dans ces hypothèses la personnalité antérieure, tout amoindrie qu'elle soit, n'a pas absolument disparu. Tant qu'il accepte d'être soigné par les siens, et qu'il n'est pas sous l'empire d'une véritable folie surajoutée (folie de la persécution), il semble beaucoup plus comparable à un malade ordinaire qu'à un aliéné.

Autre exception nécessaire, l'affaiblissement de l'intelligence qui atteint certains vieillards et que les médecins appellent démence senile. Il serait désastreux que la démence sénile put devenir un cas de divorce. C'est un accident dont aucune constitution ne peut se flatter d'être indemne et elle rentre bien aussi au même titre que la maladie dans risque conjugal. Sans aucun doute la sénilité est bien destructive de toute espèce de personnalité, cependant il me semble bien qu'elle ne doit pas se confondre absolument avec l'aliénation mentale incurable. Les praticiens seuls ont qualité dans cette matière délicate pour donner un avis devant lequel les juristes doivent s'incliner. Mais si les conclusions de la science affirmaient l'identité de la sénilité et de l'aliénation mentale incurable, le législateur à mon sens devrait maintenir le principe en s'empressant de le faire fléchir « toutes les fois que l'aliénation mentale serait consécutive à la vieillesse ». Je ne dis pas toutes les fois que l'aliénation mentale serait déterminée par l'état de vieillesse parce que j'imagine qu'il doit être bien difficile à un aliéniste de pouvoir critiquer suffisamment les causes de l'aliénation mentale de façon à pouvoir avec certitude retenir les unes ou écarter les autres.

En résumé, pour moi, la caractéristique de l'aliénation mentale incurable, c'est la disparition, sans retour possible, et sans qu'il y ait coexistence avec la fin même de la vie) de la personnalité intellectuelle et morale. Jusqu'en 1851 notre code a bien admis que la mort civile entraînait dissolution du mariage. Il l'a admis non pas seulement au cas de condamnation perpétuelle de droit commun, mais même au cas de condamnation politique comme la déportation.

Pour en décider ainsi, il se fondait sur cette fiction terrible que le conjoint frappé de mort civile avait cessé d'exister aux yeux de la loi et il en résultait que le conjoint n'avait pas pu envisager, au moment du mariage, de consentir à lier son sort à celui d'un homme rejeté au ban de la société. Dans notre espèce ce n'est pas par une fiction, mais par l'effet de la plus triste réalité, que, ce que j'appellerais la mort morale rejette qui en est victime en dehors du milieu social. Le consentement échangé au jour du mariage n'a pas pu envisager une aussi lamentable éventualité. Ce sont donc bien dès lors les principes généraux de notre droit qui commandent d'admettre l'aliénation mentale incurable comme cause de divorce.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Hygiène du cuir chevelu. — Traitement de la calvitie.

Voici quelques conseils pratiques donnés par le Dr H. Roger, de Montpellier (*Prov. Médic.*), d'après le Dr Sletoff, de l'Institut d'Hygiène de Moscou.

Hygiène de la chevelure. — Se peigner *chaque jour* au démêloir, puis au peigne fin pas trop dur (écaille, ivoire, caoutchouc), en évitant d'atteindre le cuir chevelu, dont la congestion est néfaste; brosser ensuite les cheveux, pour les débarrasser de tous les détritus, avec une brosse en crins facile à laver. *Deux fois par semaine*, se laver les cheveux à l'eau tiède et au savon pour bien détacher les poussières et les excreta qui encombrent les conduits glandulaires. Bannir les substances irritantes telles que l'alcool, l'eau de Cologne, qui assèchent trop la peau et rendent le cheveu cassant. Se coiffer le plus simplement possible. Eviter le fer à friser, les papillotes et les bigoudis. Taille : une fois par mois, chez l'homme; absolument inutile chez la femme. N'user de pommades ou d'huiles que si le cuir chevelu est trop sec, et employer dans ce cas l'une des préparations suivantes; faire toujours de grands lavages à l'eau et au savon pour emporter leurs produits de décomposition.

Préparation I

Huile de jasmin	45 grammes
Huile de rose	1 goutte
Huile d'amandes	90 grammes

Préparation II

Poudre de benjoin	10 grammes
Huile de rose	1 goutte
Axonge	50 grammes

Chute des cheveux. — Le cheveu vit de 8 à 12 ans; il en tombe donc physiologiquement un certain nombre chaque jour (30 à 50). Dès 45 à 50 ans, la chute devient plus abondante et le cuir chevelu s'atrophie.

Causes de la calvitie précoce. — a) *Générales.* L'état de la nutrition générale joue un rôle important, d'où la nécessité de la traiter. L'exercice, le régime lacto-végétarien, sont formellement indiqués dans les cas de tempérament pléthorique. Les chagrins, les soucis, les veilles prolongées, le travail intellectuel, les maux de tête, les maladies infectieuses, sont des facteurs de calvitie.

b) *Locales.* On doit incriminer surtout : d'une part, la mauvaise hygiène de la chevelure, d'autre part la *séborrhée* du cuir chevelu. *C'est cette séborrhée qu'il faut combattre : on peut prévenir, mais on ne guérit guère la calvitie.* Il y a deux sortes de séborrhées :

1° Séborrhée grasse (aspect graisseux du cuir chevelu reparaissant malgré les lavages répétés, desquamation, cheveux luisants et cassants, puis chute);

2° Séborrhée sèche (desquamation pelliculaire, démangeaisons, puis chute des cheveux).

Le *traitement de la séborrhée*, et par suite le traitement préventif de la calvitie séborrhéique comprend :

1° Des lavages au savon : frictionner la tête jusqu'à l'apparition des bulles de savon; laisser cette mousse de savon dix minutes, pour qu'elle puisse exercer son pouvoir émulsif, recommencer le lavage au savon, laver très abondamment à l'eau, d'abord tiède, puis froide.

2° L'application d'une pommade soufrée par de petits mouvements de massage, très superficiels et très doux, qui ne dureront pas plus de 6 à 10 minutes et ne devront pas être répétés plus de deux à trois fois par semaine. La pommade de Lassar peut être employée :

Chlorhydrate de pilocarpine.	2 grammes
Chlorhydrate de quinine	4 —
Soufre précipité	10 —
Baume du Pérou	20 —
Moelle de bœuf	q.s.p. 100 gr.

3° Des frictions avec l'une des deux lotions suivantes :

Lotion n° 1 (*Séborrhée grasse*)

Résorcine	5 grammes
Acide thymique	0 gr. 50
Alcool	300 grammes
Rhum	100 —

Lotion n° 2 (*Séborrhée sèche*)

Résorcine	5 grammes
Alcool	150 —
Eau de Cologne	50 —
Huile de ricin	2 —

Le traitement peut être réglé suivant l'un des deux schémas suivants :

A) Séborrhée sèche. — 1er jour : lavage au savon ou à la solution alcoolique de savon; 2e jour : massage avec la pommade soufrée; 3e jour : friction à la lotion N° 2; 4e jour : lavage au savon soufré; 5e jour : massage à la pommade soufrée; 6e jour : friction à la lotion N° 2; 7e jour : repos.

B) Séborrhée grasse. — 1er jour : lavage au savon (ajouter une cuillerée à café de soude dans un verre d'eau); 2e jour : lavage à la solution alcoolique de savon; 3e jour : massage à la pommade soufrée; 4e jour : lotion N° 1; lavage au savon soufré; 6e jour : lotion N° 1; 7e jour : repos.

Chacun de ces traitements doit être continué six à huit semaines; après un repos de 4 semaines, recommencer encore 4 à 6 semaines. Ne pas se décourager si au début du traitement, la chute des cheveux, au lieu de diminuer, s'exagère : c'est la conséquence toute mécanique des lavages et du massage. Les cheveux qui tombent étaient des cheveux déjà malades, dont la chute spontanée se serait produite tôt ou tard.

Le traitement demande beaucoup de patience à cause de sa longueur : mais, bien appliqué, il assure de bons résultats.

REVUE DE NEUROLOGIE

Atrophie musculaire neuritique.

M. Claude a montré à la Société de Neurologie un jeune homme atteint d'amyotrophie qu'il essaie de rapprocher du type Charcot-Marie : l'exagération de volume des os du crâne, la taille élevée du sujet, permettent de poser la question d'une dystrophie générale, avec participation des glandes internes. M. Marie estime abusif de rapprocher du type qu'il a individualisé avec Charcot des cas comme celui-ci, qui est plutôt un myopathique, ce qui est également l'avis de M. Thomas.

ACTUALITÉS MÉDICALES

La Foi du Charbonnier et le Septicisme du Médecin

Par M. le Dr MICHAUT

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Ferdinand Brunetière, d'éloquente mémoire, avait pris naguère comme sujet d'une de ses conférences les plus goûtées : le Besoin de croire. Le fervent orateur démontrait, à grand renfort de logique, que le besoin de croire est une nécessité, un besoin naturel pour l'homme, et que la croyance, étant le fondement de l'espérance, est la pierre angulaire de toute société. Quelle belle transposition d'art pourrait accomplir quelque friand de la parole, si la mode était encore aux belles leçons d'ouverture de cours dans nos Universités? Et quel joli thème à dissertations élégantes que celui-ci : la nécessité d'une foi thérapeutique pour le médecin.

C'était jadis, et c'est encore pour beaucoup une agréable matière à ironiser que l'inutilité des remèdes dans certaines affections, hélas! aussi connues que nombreuses! On plaisantait sur l'identité des fantaisies si fugaces de la thérapeutique et de la forme des robes et des chapeaux pour les femmes. A propos de chaque nouvelle trouvaille thérapeutique et de chaque «lancement» d'une nouvelle forme d'association médicamenteuse, on répétait la parole du vieux Maître, endurci dans un scepticisme volontairement aveugle : « Hâtez-vous d'en user pendant qu'il est encore à la mode! »

Et n'est-ce pas contre la tuberculose pulmonaire que les adversaires de la thérapeutique, en général, et des médicaments nouveaux, en particulier, ont eu le plus beau jeu ? L'histoire des variations des médications et la liste des médicaments, dirigés contre la tuberculose pulmonaire, restaient l'argument le plus décisif de ceux qui niaient tout progrès en médecine, sous prétexte que tout n'y est que variation selon l'heure et contradiction suivant les auteurs.

Tout cela représente à la fois l'expression d'une partialité pessimiste et le sourire d'un esprit mal appliqué. Ce qui reste immuablement vrai, c'est que le malade a besoin de croire à l'efficacité des médicaments qu'on lui ordonne, et que la première condition pour qu'il y croie c'est qu'il ne surprenne pas l'incrédulité chez son médecin. Il y a là une loi que les psychologues rattachent à la double suggestion et que le populaire traduit souvent par cet adage connu : *Il n'y a que la foi qui sauve.*

Et c'est encore dans une maladie de longue durée, dans une maladie où l'on a besoin de la collaboration incessante du patient, de toute sa patience, de toute son énergie, que cette remarque est applicable. Que deviendraient tous nos malheureux clients atteints de tuberculose pulmonaire, s'ils étaient aussi sceptiques que nombre de praticiens sur l'efficacité des médicaments dans la bacillose des poumons?

Il a été de mode, et il est encore bien porté, de dire que, dans le traitement de toute tuberculose, l'essentiel était d'alimenter son malade, de lui faire respirer de l'air pur et de le mettre au repos. La question des médicaments est rejetée au second plan. Quelquefois même, il semble qu'elle est sans importance dans l'esprit des auteurs les plus classiques. Ceux-là n'ont peut-être pas réfléchi suffisamment à l'état d'esprit du malade, qui a besoin d'appuyer sa foi, son espérance de guérir sur l'usage d'un médicament. Pour lui, l'hygiène et la physicothérapie ne représentent pas un traitement suffisant, il ajoute plus de confiance dans le mystère d'une drogue chimique qu'il imagine souveraine. Il y a là un préjugé qu'il faut respecter. Il ne suffit pas de faire tout le nécessaire pour mettre le tuberculeux dans la voie de la guérison, il faut que le tuberculeux soit convaincu de sa future guérison. C'est là le merveilleux pouvoir de la suggestion.

Or, parmi les moyens de suggestionner un malade, il faut tenir compte des médicaments qu'on choisit pour lui. De ces médicaments, il en a souvent entendu parler, il a quelquefois lu des échos scientifiques dans les journaux politiques, souvent il a entendu autour de lui des conversations plus ou moins averties. Au xxe siècle, tout client n'est pas un ignorant. Il faut donc le préparer à accepter les remèdes qu'on veut lui faire adopter, surtout quand ces remèdes sont à longue portée et doivent être continués pendant longtemps.

Il y a dans la pratique ordinaire et courante de la médecine, un écueil à éviter : c'est la trop fidèle imitation des maîtres. Leur autorité, sinon leur notoriété, leur réputation, sinon leur célébrité, leur permet un *modus faciendi*, qui serait fatal à l'armée des modestes praticiens. Ils n'ont ni le temps, ni la nécessité d'expliquer au malade le pourquoi des choses et les raisons qui dictent leurs prescriptions. Or, il est utile que le médecin pratiquant ait la franchise de traduire en langage vulgaire les arcanes de la science et le soin de se mettre à la portée de l'intelligence de son malade.

Pourquoi ne pas lui dire nettement ceci à peu près : « La tuberculose est une maladie dont on guérit toujours et très facilement quand elle est prise au début et que le malade suit avec patience le seul traitement indiqué. Ce traitement consiste à fournir à l'organisme les moyens de lutter contre la maladie en lui donnant une alimentation riche, propre à éviter l'amaigrissement, la consomption et, en un mot, la *phtisie*, terminaison fatale de la tuberculose, quand on néglige de réparer les forces du malade. Ce traitement consiste donc à entretenir avec soin l'appétit, à le réveiller au besoin s'il faiblit, et même à le surexciter quand il est insuffisant. Pour cela, on donnait jadis aux malades des préparations amères, comme le quinquina, et des prétendus spécifiques, comme la créosote. Or, on s'est aperçu, malgré le tapage fait autour de ces médicaments, que le quinquina, surtout sous la forme de vin, diminuait l'appétit et que la créosote, en agissant sur l'estomac, finissait par tuer complètement l'appétence. Nous avons mieux aujourd'hui dans les métaux colloïdaux, dans le manganèse et le fer colloïdaux (1), par exemple, qui entrent dans la préparation que je vous donne sous la forme pilulaire du Globéol. Un des meilleurs excitants de l'appétit et un excitant qui peut prolonger son action sans arriver à la faillite, comme la créosote et les amers, c'est la *Quassine*. Elle entre également dans les pilules du *Globéol*. Enfin, la tuberculose est un ennemi qui n'arrive à vaincre l'organisme qu'en prenant pour alliée l'anémie. C'est l'anémie qui ouvre la porte à la tuberculose et c'est l'insuffisance de la richesse du sang en hémoglobine qui prépare le terrain au bacille. Donc, il faut traiter l'anémie des tuberculeux. C'est le globule rouge qu'il faut atteindre. En augmentant le nombre et la richesse pigmentaire de ces globules, on favorise l'intensité des échanges hématosiques et l'activité de la phagocytose. On combat, en outre, avec succès, l'envahissement de l'économie par le poison tuberculeux, c'est-à-dire les toxines émises par le bacille de Koch, par les *diastases antitoxiques* du globule rouge que le Globéol renferme à l'état vivant et qui viennent paralyser l'effet des produits microbiens. Jadis encore, on donnait de la viande crue, aujourd'hui rejetée; on recommande encore la poudre de viande et même le jus de viande qui, par plusieurs spécialistes, se transforme purement en jus de groseille, malgré la réclame des prospectus illustrés très richement. Aujourd'hui, nous avons encore mieux; on nous offre la substance même dont est fabriqué le globule; nous pouvons l'obtenir à l'état de pureté, en faisant éclater ces globules et en les vidant de leur contenu dans le vide, et nous possédons ainsi à l'état vivant tous les ferments des hématies, les cellules les plus nobles et les plus différenciées de l'organisme. C'est sous cette forme que je vous administrerai la viande sous sa dernière puissance, car *dans une pilule, je vous donne la valeur de toute une potion.* »

En expliquant ainsi à son client l'usage et le but de l'association protoplasma globulaire, quassine, fer et manganèse à l'état colloïdal, vous pouvez vous réserver de lui donner plus tard des éclaircissements sur ce qu'il faut entendre par état *colloïdal*. On peut vulgariser la chimie de laboratoire au lit du malade, sans la déshonorer.

Il ne faut pas que la science médicale s'entoure comme autrefois d'un mystère qui, aujourd'hui, ne servirait qu'à la faire accuser de charlatanisme. A quelque classe sociale qu'appartienne votre client, vous pouvez lui faire comprendre l'idée directrice de l'opothérapie et les avantages du Globéol sur le jus de viande, par exemple, ainsi que la lutte victorieuse des antitoxines sur les toxines.

Il est évident qu'il n'est nul besoin d'être grand clerc en médecine, pour entendre le résumé de quelques observations : « Jeune fille, pâle, ayant perdu l'appétit, prise de toux, qu'on imaginait simplement atteinte d'une bronchite ou, comme l'on dit, d'un *rhume négligé* et qui, en réalité, était tuber-

(1) Le fer à l'état colloïdal, à la dose minime où il se trouve dans le Globéol, peut être pris sans *aucun inconvénient* par les tuberculeux *hemoptoïques*. Du reste la vieille opinion de Trousseau et Pidoux qu'il faut s'abstenir de donner des préparations martiales aux hemoptoïques et aux tuberculeux sous peine de les exposer aux hemoptysies est désuette et controuvée.

culeuse. Celle-là s'en est tirée avec quatre pilules de Globéol à chaque repas et, au bout de deux mois, l'appétit revenu, la toux disparue, l'oreille ne percevait plus que la trace des lésions dont la présence était évidente pour tout médecin. »

L'exemple banal qu'on choisira s'il le faut pour donner une leçon de choses à son client, c'est la double photographie d'un malade arrivé au début de la tuberculose au second degré — hémoptysique, ce qu'il est inutile de traduire par crachant le sang — amaigri, épuisé par la diarrhée, les sueurs nocturnes et l'expectoration; cet homme qui, selon le mot vulgaire, *crachait ses poumons*, a en l'énergie de se soumettre à une alimentation carnée choisie, de dormir la fenêtre ouverte et d'avaler huit pilules de Globéol chaque jour. Pendant six mois la lutte a continué. Le succès se manifeste à la seule inspection des deux photographies. Votre client n'ayant pas la possibilité de se mettre à la hauteur des finesses de l'auscultation, il est de toute nécessité de lui mettre sous les yeux l'iconographie de vos malades. La route à suivre est ainsi éclairée et il marche résolument dans la voie que vous lui indiquez.

Fides est sperandarum substancia rerum — disait le conférencier que je citais au début — se souvenant qu'il avait échoué à l'Ecole Normale. *Fides est palladium medicorum*; pouvons-nous dire. Il faut croire aux médicaments pour que les malades y ajoutent eux-mêmes confiance.

On place quelquefois mal sa foi. Plusieurs l'ont éprouvé récemment encore au sujet d'une panacée contre l'Avarie dont le plus grand mérite était de nous arriver d'Outre-Rhin — qu'importe!... La raison d'être du médecin c'est la thérapeutique. Il ne doit pas être sceptique. Il doit même ajouter une certaine importance dans la puissance de la publicité — car si le malade a déjà entendu vanter un remède il le prendra et l'adoptera plus facilement. C'est même là ce qui fait le succès de toutes les drogues, même dangereuses, vantées par les journaux politiques — elles guérissent par autosuggestion, ce qui ne veut pas dire que celles qui guérissent n'arrivent pas mieux à guérir quand, en outre de leur efficacité positive, leur pouvoir pharmacodynamique s'augmente de la force suggestive.

Les esprits légers et ceux qui aiment à s'égayer de la vanité des sciences remarquent combien certains courants entraînent la conviction des médecins tantôt vers une hypothèse en faveur, tantôt vers un remède nouveau, mais ils ne notent point combien les grands médecins, ceux qui guérissent, sont souvent dépourvus de toute tendance sceptique. Renan disait que « nous ne comprenons pas le galant homme sans un peu de scepticisme ». On devrait apprendre aux débutants en clientèle que les malades, eux, ne comprennent pas que leur médecin ne croie pas aux remèdes qu'il donne et qu'ils se méfient de celui qui n'aime pas la thérapeutique.

L'exemple récent de ce médecin qui, voulant démontrer à son client que la potion ordonnée n'a pu aggraver son cas et avale devant lui plusieurs cuillerées d'une potion belladonée dans laquelle le pharmacien avait, *par erreur*, remplacé la belladone par de la strychnine et s'empoisonne, est un très bel exemple. Ce martyr professionnel devrait être retenu pour une galerie moderne des *Médecins illustres*, à la façon du livre du vieux Plutarque et non à l'imitation de Bianchon.

S'il fallait une conclusion à cet article, nous la prendrions encore dans un événement récent. Le professeur Robin vient de démontrer que le climat marin était plutôt funeste aux tuberculeux. Il nous a enlevé une croyance qui avait son efficacité, car combien de tuberculeux ont attribué leur guérison à un hivernage à Nice? La foi en l'efficacité du séjour marin les a donc sauvés. M. Robin brûle une idole, mais en thérapeutique on ne doit détruire les vieilles idoles que quand on peut les remplacer. Il ne sert de rien d'enlever l'espérance aux malades et d'ébranler la foi du charbonnier. Jamais le médecin n'aura trop de moyens de fortifier la confiance de ses clients. Ne soyons donc pas trop rétifs aux inspirations des spécialistes en pharmacie qui nous proposent de nouvelles associations médicamenteuses, de nouveaux produits de laboratoire à essayer; ne disons pas non plus après tant d'autres: « l'abondance des remèdes proposés dans une maladie ne fait que masquer l'indigence des vrais remèdes. » On peut guérir une même affection avec des remèdes très différents. Tout chemin mène à Rome... à condition d'avoir la foi.

La foi mènerait à Rome un paralytique dût il s'user les *jambes jusqu'aux genoux*, comme disait Jeanne d'Arc.

REVUE DU LABORATOIRE

Etude bactériologique d'un cas d'appendicite vermineuse.

M. Ramenovitch a trouvé, dans un appendice enlevé chirurgicalement, une douzaine d'oxyures et des microbes variés, parmi lesquels le *bifidus*, qui n'avait été trouvé jusqu'ici que dans l'appendice sain.

(*Soc. de Biol.*).

Morphologie du pneumocoque.

Pour MM. Truche et Mme Gosset, le pneumocoque peut devenir méconnaissable: 1° soit parce qu'il se raccourcit, il tend alors vers une forme ronde, symétrique; 2° soit parce qu'il s'allonge, il tend, vers une forme bacillaire toujours assez courte; 3° soit parce qu'il prend une apparence monstrueuse, en rapport avec certaines conditions ambiantes défavorables.

(*Soc. de Biol.*).

REVUE D'UROLOGIE

Tableau permettant d'apprécier rapidement la valeur séméiologique des différents termes d'une analyse d'urine, par O. Semal, pharmacien, docteur es sciences (*Ann. de la Policlin. centr.*).

Remarques. — Le taux normal des différents excrétas par vingt-quatre heures varie d'un individu à l'autre. Cette variation est proportionnelle au *poids biologique actif* de la personne, pour un *régime alimentaire mixte* et un taux d'ingestas correspondant aux besoins organiques de l'individu. Le poids biologique actif représente la moyenne entre le *poids réel* et le *poids théorique*. Ce dernier varie suivant l'âge, la taille et le sexe.

Les facteurs dont la connaissance est nécessaire pour l'établissement du poids biologique actif sont donc : le *poids réel*, l'*âge* et la *taille*.

Le taux des différents excrétas par vingt-quatre heures, chez la femme, peut être inférieur d'un dixième aux chiffres renseignés comme taux normal chez l'homme. Dans les conditions de régime alimentaire mixte, normal en quantité et qualité, satisfaisant à la ration d'entretien, ce taux d'excrétas coïncidera ou oscillera dans des limites étroites autour du taux d'excrétas calculé suivant le poids biologique actif. Les limites de cette oscillation, sans importance pour différents motifs, n'ayant donc pas de signification précise, sont : *phosphates* (25 centigr. en plus ou en moins); *chlorures* (2 gr. ±); *urée* (3 gr. ±); *acide urique* (10 ctg. ±); *résidu total* (5 gr. ±); *résidu fixe*, sels minéraux (3 gr. ±).

I. Taux des différents excrétas.

Un taux des différents excrétas supérieur à la normale s'observe dans les cas de :
- A) *Ingestas* excédant les besoins organiques (Gros mangeurs);
- B) *Désassimilation* excédant l'assimilation (organisme en déficit = perte de poids).

N. B. Il est évident qu'un taux d'excrétas normal pour un taux d'ingestas notoirement insuffisant rentre dans le cas précédent (désassimilation excédant l'assimilation se traduisant par une perte de poids).

Taux des excrétas inférieur à la normale :
- A) *Ingestas insuffisants* (état permanent chez les *inanitiés* = perte de poids ou poids réel inférieur au poids théorique);
- B) *Défectuosité d'assimilation des voies digestives*;
- C) *Formation de tissu adipeux* (chloro-anémie, cas assez fréquent);
- D) *Encrassement de l'organisme par des déchets.*

Taux de l'urée supérieur à la normale (+ 5) = hyperazoturie :
- A) *Régime carné excessif*;
- B) *Autophagie.*

Taux de l'urée inférieur à la normale (— 5 g.) = hypoazoturie :
- A) Régime végétarien ou faiblement carné;
- B) Affection du foie, hypoactivité ou insuffisance hépatique;
- C) Cachexie cancéreuse.

II. Volume urinaire. — Emission normale en vingt-quatre heures = Poids du sujet × 22 cc.

Volume urinaire supérieur à la normale dans les cas de :
- A) *Ingestion abondante de boissons*, médicaments ou thés diurétiques;
- B) *Diabètes*, sucré, azoturique, phosphaturique, insipide;
- C) *Affections du rein* (Néphrite interstitielle, dégénérescence amyloïde, abcès du rein);
- D) *Polyurie grave* liée probablement à une lésion du pancréas (l'évolution simule à s'y méprendre l'évolution du diabète pancréatique);
- E) *Méningite tuberculeuse*, 2e période de la paralysie générale, hypertrophie de la prostate et cystites (cas assez fréquent).

Volume urinaire inférieur à la normale (oligurie et anurie) :
- A) *Ingestion insuffisante de boissons*, fortes transpirations;
- B) *Maladies fébriles* (précédant la polyurie de la convalescence);
- C) *Néphrites aiguës*, néphrite chronique (période d'état), néphrite tuberculeuse, accidents urémiques à redouter;
- D) *Affections du foie*;
- E) *Oblitération des canaux urinifères* par des calculs (urique, oxalique, phosphatique);
- F) *Maladies du cœur et des poumons* (anurie par stase veineuse).

Normalement, le $\frac{\text{Rapport \% volume urinaire}}{\text{Rapport \% résidu total}}$ doit se rapprocher de l'unité.

Rapport supérieur = hypertension artérielle : A) Ingestion abondante de boissons; B) Artério-sclérose.

Rapport inférieur = hypotension.

ÉCHANGES NUTRITIFS

1. Coefficient d'utilisation azotée $\frac{AzU}{AzT} = 83 \text{ à } 88\ 0/0$.

Rapport supérieur à la normale dans les cas de
- A) *Exagération de la vie organique*;
- B) *Tuberculose*;
- C) *Traitement alcalin ou ferrugineux*;

Rapport inférieur à la normale
- A) *Ralentissement de la nutrition*;
- B) *Etats fébriles* (production urique exagérée);
- C) *Arthritisme* (cas assez fréquent);
- D) *Affections du foie*, hypoactivité et insuffisance hépatique (diminution du taux de l'urée, augmentation de l'ammoniaque urinaire, urobilinurie, présence de toxines);
- E) *Régime végétarien* (78 0/0).

2. Coefficient de déminéralisation organique $\frac{RF\ (sels)}{RT} = 30\ 0/0$.

Rapport supérieur à la normale
- A) *Maladies cachectisantes* (diabètes, tuberculose, neurasthénie);
- B) *Ingestion abondante de sels*;

Rapport inférieur à la normale
- A) *Déminéralisation antérieure* (conséquence);
- B) *Rétention des sels dans l'organisme* (au cours d'une infection);
- C) *Ingestion insuffisante de sels* (régime hypochloruré, etc.).

3. Coefficient de déminéralisation protoplasmique $\frac{RF-NaCl}{RT} = 12,\ 13\ 0/0$.

Ce coefficient contrôle les indications fournies par le rapport précédent en éliminant les causes d'erreur résultant des chlorures.

4. Coefficient de phosphaturie

$$\frac{P_2O_5}{U}\quad \frac{1}{9,5} \text{ à } \frac{1}{10}\quad \frac{P_2O_5}{AzT} = 18 \text{ à } 20\ 0/0.$$

Supérieur à la normale
- A) *Phosphaturie relative*, taux des phosphates éliminés en vingt-quatre heures, normal ou en dessous de la normale;
- B) *Phosphaturie essentielle*, taux des phosphates en vingt-quatre heures, supérieur à la normale = destruction anormale des nucléo-albumines et des organes riches en phosphore (système nerveux);
- C) *Ingestion abondante* de composés phosphorés (aliments et médicaments).

Rapport inférieur à la normale
- A) *Infections, auto-intoxications*;
- B) *Arthritisme* (15 à 18 0/0);
- C) *Dépression nerveuse* (taux des phosphates en vingt-quatre heures, inférieur à la normale = conséquence d'une déminéralisation antérieure.

5. Coefficient d'oxydation des matières ternaires non azotées (activité organique et hépatique

$$\frac{U}{RT} = 45\text{-}50\ 0/0$$

Supérieur à la normale
- A) *Hyperactivité organique et hépatique* (taux de l'urée par vingt-quatre heures, supérieur à la normale);
- B) *Hyperactivité organique* (taux de l'urée en vingt-quatre heures, normal ou en dessous de la normale = matières ternaires non azotées complètement comburées).

Inférieur à la normale
- A) *Hypoactivité organique et hépatique* (taux de l'urée inférieur à la normale, urobilinurie);
- B) *Hypoactivité organique* (taux de l'urée normal) = déchets de matières ternaires.

6e Coefficient de déchloruration $\frac{NaCl}{U} = 40 \text{ à } 45\ \%$.

Supérieur à la normale
- A) *Déperdition minérale* accompagnant la misère biologique (maladies cachectisantes). Rupture de l'équilibre osmotique;
- B) *Ingestion exagérée* de NaCl.

Inférieur à la normale
- A) *Régime hypochloruré*;
- B) *Rétention anormale des chlorures* (épanchements des séreuses, infiltrations œdémateuses (œdème et préœdème);
- C) *Injections, auto-intoxications*.

7e Coefficient d'activité leucocytaire : $\frac{Ac.\ urique}{U} = 2,5\ \%$.

Supérieur à la normale
- A) *Hyperactivité leucocytaire* (destruction anormale des leucocytes, états fébriles);
- B) *Goutte et arthritisme* (à certaines périodes);
- C) *Insuffisance fonctionnelle du foie*;
- D) *Alimentation riche en nucléine et nucléoalbumine*.

Inférieur à la normale
- A) *Rétention urique* (encombrement de l'organisme par des déchets, cristaux d'acide urique);
- B) *Arthritisme* (2e période);
- C) *Activité leucocytaire faible*.

ÉLÉMENTS ANORMAUX.

Albuminurie. S'observe dans les cas de
- A) *Altération du sang* (introduction de substances étrangères);
- B) *Modification de la circulation du sang* (diminution de la pression artérielle, stase, affections cardiaques);
- C) *Maladies infectieuses* (rougeole, scarlatine, etc.);
- D) *Altérations rénales* avec lésions transitoires ou permanentes.

Albumosurie.
- A) *Néoplasme du tissu osseux* (abondante et continue);
- B) *Grandes suppurations* (pleurésie purulente, bronchorée, abcès profonds, etc.);
- C) *Maladies infectieuses*;
- D) *Affections du tube digestif* (avec lésions, dilatation de l'estomac);
- E) *Affections du foie* (cirrhose, atrophie aiguë, carcinome, etc.)

Peptonurie.
- A) *Pyrexies, suppurations*;
- B) *Maladies de l'appareil digestif et annexes*.

Nucléoalbuminurie (pseudo-albuminurie)
- A) *Catarrhe des voies digestives*;
- B) *Maladies fébriles*;
- C) *Leucémie*;
- D) *Urines purulentes*;
- E) *Affections du rein*.

Glycosurie.
- A) *Arthritisme* (troubles de la fonction glycogénique et glycolitique);
- B) *Altération profonde du pancréas*;
- C) *Lésions nerveuses* (blessures du bulbe, altération du centre nerveux commandant la sécrétion interne du pancréas);
- D) *Grossesse* (glycosurie et lactosurie légère).

Acétonurie. Acide diacétique b. oxybutirique

L'acétone en quantité notable avec présence d'acide diacétique et b. oxybutyrique, constitue des indices d'une menace de coma. L'ammoniurie en ce cas est proportionnelle à la gravité de l'état.

L'acétonurie s'observe également dans les fièvres éruptives et la cachexie cancéreuse.

Pigments biliaires.
- A) *Obstructions des voies biliaires* intrahépatique (angiocholites catharrales, cirrhose hypertrophique avec ictère chronique, certains cancers, etc.);
- B) *Ictère émotif* (production de bile exagérée);
- C) *Ictères hémolytiques* (exagération de la destruction des globules sanguins due à un empoisonnement par l'hydrogène arsenié, toluylenediamine, morille rouge, etc)

Urobilinurie.
- A) *Présence de pigments biliaires* dans le sang (cholémie avec ou sans ictère);
- B) *Insuffisance hépatique*;
- C) *Résorption d'épanchements sanguins* (hématolyse ± marquée, le foie étant probablement insuffisant à transformer en bilirubine l'hémoglobine produite).

Indol.
- A) *Suppurations organiques*;
- B) *Stase du contenu de l'intestin grêle*;
- C) *Causes qui augmentent la putréfaction intestinale*.

Scatol : Surtout en abondance dans les putréfactions des matières azotées dans le gros intestin.

Hémoglobinurie.
- A) *Essentielle* (présence d'hématies dans l'urine);
- B) *Vraie* (absence d'hématies, intoxications, fièvres éruptives);
- C) *Idiopathique* (hémoglobinurie-paroxystique).

Toxines.
- A) *Maladies infectieuses*;
- B) *Hypoactivité ou insuffisance hépathique*;
- C) *Absorption de médicaments alcaloïdiques*;

SÉDIMENTS.

Cristaux d'acide urique : gravelle urique si les cristaux existent au moment de l'émission.

Urate de soude : rhumatisme et divers états fébriles.

Urate ammonique : cystites et urines fébriles alcalines.

Phosphate ammoniaco-magnésien : urines neutres ou alcalines.

Phosphate bicalcique : urines à réaction faiblement acide.

Oxalate de chaux.
- A) *Origine alimentaire ou médicamenteuse* (oseille, rhubarbe, cocaïne, etc.)
- B) *Affections gastro-intestinales* compliquées d'état neurasthénique;
- C) *Gravelle oxalique*.

Sulfate de chaux : alimentation carnée exagérée (taux d'urée élevé).

Tyrosine et leucine : atrophie aiguë du foie, empoisonnement par le phosphore.

Graisses.
- A) *Lipurie alimentaire*;
- B) *Affections du pancréas et du rein* (dégénérescence graisseuse);
- C) *Chyluries parasitaires* (filariose, etc.);
- D) *Intoxications biliaires* consécutives à une obstruction du canal cholédoque et intestin.

Leucocytes.
- A) *Catarrhe vésical, cystite* (taux de l'albumine inférieur à 1 gr. 50 par litre);
- B) *Pyélites et pyélonéphrites* (émissions uniformément troubles et albuminurie dépassant 1 gr. 50.

Cylindres hyalins : indice d'irritation.

Cylindres granuleux et épithéliaux : néphrites aiguës et subaiguës.

Cylindres cireux : lésion rénale de vieille date.

Cylindres hématiques et hématies : lésion unilatérale.

Hématies et globules blancs altérés : lésion unilatérale invétérée.

De nombreuses cellules épithéliales vésicales, vaginales, uréthrales, du bassinet, accompagnées de leucocytes indiquent une inflammation de ces régions.

Spermatozoïde : A) Pollution; B) Spermatorrhée; C) Miction ou défécation difficile.

REVUE D'HYDROLOGIE

Note sur les colloïdes des eaux de Vichy.

M. Salignat démontre que l'action décomposante de l'eau oxygénée par l'eau de Vichy, observée par M. R. Glénard, n'est pas une action catalytique.

D'autre part le défaut d'action catalytique n'implique pas l'absence de colloïdes à l'émergence, certains colloïdes n'ayant aucune action catalytique.

En ce qui concerne la production des colloïdes, l'hypothèse de M. R. Glénard, basée sur l'oxyde de fer hydraté, ne peut être soutenue, l'hydrate de fer étant électro-positif alors que les eaux de Vichy ne contiennent que des colloïdes électro-négatifs.

Le travail de M. R. Glénard, intéressant au point de vue de certaines réactions chimiques, n'est pas démonstratif en ce qui concerne l'action catalytique et les colloïdes des eaux de Vichy.

DANS LES HOPITAUX.

LES ALIMENTS
DANS LE
Régime des Dyspeptiques [1]

Par M. le Professeur HAYEM

Je vais poursuivre aujourd'hui l'étude des aliments envisagés au point de vue des régimes anti-dyspeptiques. Je vous parlerai, dans cette leçon, de certaines viandes fumées, des abats (cœur, rognons, foie, cervelle. etc.), des poissons et d'autres substances alimentaires animales de moindre importance, grenouille, huitres, crustacés, escargots, etc.

Les jambons fumés conservent leurs matières albuminoïdes, tout en étant rendus imputrescibles par l'action des corps antiseptiques (créosole, essences diverses), de la fumée. Ils ont les qualités de viandes fraîches et peuvent se conserver. La viande ainsi traitée ne perd pas sa couleur. Elle prend une saveur de fumée qui n'est pas désagréable. Comme elle a subi une sorte de dessiccation, il en résulte qu'elle contient plus de matières albuminoïdes — 6 0/0 environ — que les viandes fraîches. Choisie dans ses parties maigres, elle peut entrer dans les régimes des dyspepsies.

Les abats fournissent des viandes dont la digestibilité et la valeur nutritive sont variables. Le cœur est fibreux, coriace. Il n'est guère utilisé dans les régimes qui nous intéressent. Il peut, cependant, fournir du bon bouillon et constitue une ressource pour le pauvre. On fait de l'excellent bouillon avec le cœur de bœuf.

Les rognons, surtout prélevés sur les animaux jeunes, sont une viande tendre, nutritive, de digestion facile.

Le foie offre une valeur irrégulière. Il convient de n'utiliser, chez les dyspeptiques, que du foie d'animaux jeunes, du foie de veau. Le foie demande une cuisson suffisante. Il renferme, à côté des albuminoïdes, des graisses, de la lécithine, du glycogène, en proportion variable — tantôt 1 0/0, tantôt jusqu'à 16 0/0 — des matières minérales et un pigment ferrugineux du fer sous forme assimilable. C'est un aliment ferrugineux.

Certains animaux qui sont engraissés, ont un foies gras très apprécié par les gourmets. Les dyspeptiques vous demanderont s'ils peuvent manger des foies gras de volaille. Les foies d'oies engraissées par le gavage offrent de l'hypertrophie avec engraissement. Ces foies gras constituent un mets des plus savoureux auquel un grand nombre de gens tiennent. Ils sont très nourrissants. On y a trouvé jusqu'à 30 0/0 de graisse, d'une graisse savoureuse, phosphorée. Il est difficile de dire si c'est un aliment indigeste ou non; le plus souvent, en effet, il est mis sur les tables déjà modifié, truffé, farci. Je crois que le foie gras simple, pris en quantité modérée, n'est pas à rejeter du régime des ddyspeptiques.

La cervelle a une bonne réputation. Au point de vue chimique, la cervelle, le foie gras et le jaune d'œuf se ressemblent beaucoup. De même, au point de vue digestibilité. La cervelle renferme, à côté des substances albuminoïdes, des graisses, du phosphore, des lécithines. Elle est très nutritive. La moelle épinière s'en rapproche, mais elle est un peu plus dure, plus riche en tissu conjonctif.

Je rangerai parmi les abats la moelle osseuse. On y rattache des propriétés opothérapiques qui ne me semblent pas démontrées. Quoi qu'il en soit, c'est un aliment graisseux, constitué d'une graisse facile à assimiler. Elle renferme 97 0/0 de matières grasses accompagnées de lécithines, de phosphore. C'est un aliment-médicament à placer à côté de la cervelle et du jaune d'œuf.

Le ris de veau est également un aliment recherché des gourmets. C'est du thymus de veau. Il est riche en albuminoïdes, en graisses phosphorées. Il passe pour être très digestif. Il l'est certainement à condition d'être très cuit. Il demande à être très cuit, comme tous les aliments dont je viens de parler.

D'autres abats ont moins d'intérêt. Le lard est de la graisse sous-cutanée du porc. On l'utilisera seulement pour les assaisonnements et les fritures. Le sang, dont on a voulu faire également un médicament opothérapique, est un aliment lourd. On ne doit guère l'employer que pour des produits de charcuterie. Il est toujours indigeste, sans compter qu'il est de conservation difficile; il sort, la plupart du temps, des abattoirs, déjà en voie de putréfaction. Le boudin, les cervelas, doivent disparaître des régimes dyspeptiques.

J'arrive aux poissons. C'est une ressource alimentaire considérable pour nos pays et bien plus importante encore pour certaines contrées. Il est des peuples ictbyophages, qui se nourrissent principalement de poissons: les habitants du Groenland et de l'Islande par exemple.

Les poissons sont nombreux et d'espèces diverses. Je retiendrai seulement ceux qui servent à l'alimentation. Il y a, entre eux, des différences de composition assez grandes. D'une manière générale, les déchets sont, pour les poissons, assez sensibles; aussi, ne fournissent-ils qu'une moyenne de 12 à 14 0/0 de matières assimilables albuminoïdes et une proportion variable de graisse. Les uns ont à peine 1 0/0 de graisse, alors que d'autres en ont jusqu'à 30 0/0. C'est une graisse particulièrement liquide, renfermant jusqu'à 50 0/0 d'oléine. Vous savez qu'avec certains poissons, on fait de l'huile. Enfin, dans la chair de poisson, et c'est là une de ses caractéristiques, les matières extractives sont peu abondantes.

Quelques espèces de poissons sont vénéneuses ou le deviennent à des moments déterminés ou lorsqu'ils sont pêchés sur des points donnés. D'une manière générale, d'ailleurs, tous les poissons semblent contenir des principes vénéneux pour l'homme. Pour ce motif, ils ne conviennent pas aux herpétiques, aux eczémateux.

Pratiquement, on divise les poissons en poissons à chair maigre et poissons à chair grasse. On les distingue aussi en poissons d'eau de mer et poissons d'eau douce. Les poissons à chair maigre ont moins de 2 0/0 de graisse. Ce sont la sole, la limande, la truite, le brochet, la carpe, le barbot, la morue. Les poissons à chair grasse ont de 8 à 9 0/0 et plus de graisse. Leur digestion est plus laborieuse. Ce sont le maquereau, l'anguille de mer, le saumon, le hareng frais.

Une des difficultés de l'emploi du poisson, est la facilité avec laquelle il se putréfie et les dangers qu'offre l'usage de la chair de poisson putréfiée. Rien n'est plus difficile que d'avoir du poisson frais. Par les temps chauds et orageux, quelques heures suffisent pour altérer le poisson. Ce que l'on appelle poisson frais à Paris est généralement du poisson conservé dans la glace et pêché quelquefois un mois ou deux auparavant. Or, ce que je vous ai dit de la viande de boucherie conservée dans la glace est applicable *a fortiori* au poisson. La chair dégelée de celui-ci entre très rapidement en putréfaction, plus lui entre très rapidement en putréfaction, plus vite encore que ne le fait la viande de boucherie dégelée. La fraîcheur est donc encore un gros aléa en matière d'alimentation par le poisson. Même au bord de la mer, on n'a pas la plupart du temps du poisson récemment pêché. les pêcheurs arrivant souvent avec ce qu'ils ont pris quelques jours auparavant. Tout cela vous fait comprendre pourquoi la viande de poisson peut déterminer des accidents.

On fait, avec le poisson, des conserves. On le sale, comme la viande de boucherie, et c'est là une ressource pour la classe pauvre. On utilise ordinairement des produits de bonne qualité. Ainsi, à une période particulière de l'année, on voit le saumon se précipiter aux embouchures des rivières. Il est alors pêché, salé sur place, dans d'excellentes conditions. De même, la morue est salée au moment de la pêche. Il faut avoir la précaution, avant de les consommer, de les faire dessaler pendant 24 heures.

Les conserves de sardines, faites à l'huile, sont nutritives et représentent un agent de suralimentation qui remplit l'office de l'huile de foie de morue, dont il n'a pas la saveur désagréable.

Je passe à d'autres espèces animales. La tortue n'est pas très importante au point de vue alimentaire. Sa chair, cependant, peut donner un bon bouillon, léger, et peut servir de cette manière à varier la cuisine. Les cuisses de grenouilles sont légères. Elles ressemblent comme composition à la sole et comme apparence à la chair de poulet.

Les huîtres sont plus intéressantes. C'est un aliment très apprécié et de digestion facile. Il a le défaut d'être coûteux. Elles renferment des matières albuminoïdes, très assimilables, des matières grasses, phosphorées, du glycogène. L'animal est mangé entier et il représente un aliment complet, ne laissant pas beaucoup de déchet. Il importe de le consommer seulement pendant certains mois, de septembre à avril, en dehors de la période de frai.

Les huîtres sont pêchées en mer et mises dans des parcs. Ces parcs sont quelquefois aux embouchures de rivières ou d'égouts venant des villes, et souillés. Dans quelques circonstances, les huîtres ont pu déterminer la fièvre typhoïde. Il faut, par conséquent, faire un choix judicieux de ces parcs, loin des villes. Nous avons, aujourd'hui, des inspecteurs d'hygiène, et on ne laisse plus consommer les huîtres qui pourraient être contaminées.

Une douzaine d'huîtres moyennes renferment 20 à 21 grammes de matières nutritives sèches. C'est déjà très nourrissant. Ce qui en rend la digestion plus laborieuse, c'est l'eau de mer qui est avalée en même temps et les condiments qu'on y ajoute. Mangée à sec, l'huître est de digestion facile.

Je ne dirai rien des moules, difficiles à digérer et susceptibles de provoquer des accidents. L'écrevisse, la crevette, la langouste, le homard, sont des aliments sapides, à chair serrée, coriace, se digérant lentement et demandant un travail sérieux à l'estomac. Vous verrez, il est vrai, des gastropathes digérer des aliments indigestes. Aussi ne rejetez pas, de prime abord, aucun aliment même de réputation indigeste. La chair de ces crustacés est nourrissante. Pour ma part, je l'introduis volontiers dans les régimes, sauf quand les dyspeptiques sont herpétiques. Il faut rejeter les sauces lourdes, homard à l'américaine, mayonnaise, etc.

L'escargot n'est pas un aliment très important ni facile à digérer. On le prend avec du beurre, de l'ail, de la chapelure, condiments lourds. On peut, plus avantageusement pour l'estomac, le manger tel.

(1) Leçon faite à l'Hôpital Saint-Antoine.

BOURSES A L'ÉTRANGER

L'Université de Paris dispose, depuis l'année scolaire 1910-1911, de dix bourses de séjour dans les universités de l'étranger de 3.000 francs chacune.

Ces bourses peuvent être attribuées soit à des docteurs, soit à des pharmaciens de première classe se destinant à l'enseignement, soit à des agrégés des divers ordres de l'enseignement secondaire, hommes et femmes.

Les demandes devront être adressées au vice-recteur de l'Académie de Paris avant le 1er mai 1911. Elles indiqueront l'âge des postulants, leurs grades, leurs services antérieurs et les universités où ils se proposent de se rendre.

DANS LES HOPITAUX

Le Cancer du Sein[1]

Par M. le Professeur DELBET

Je vais vous présenter trois malades qui offrent, à des degrés divers, une même affection : le cancer du sein. Vous pourrez voir chez ces malades trois étapes du cancer de la mamelle.

La première malade est atteinte d'un épithélioma du sein très avancé. Elle ne s'est jamais soignée et son cas n'est pas une exception. Sur 100 femmes atteintes de néoplasmes de ce genre, certainement 25 arrivent à la période où la chirurgie ne peut plus leur rendre grand service. Pourquoi ne se soignent-elles pas ? C'est que ces tumeurs sont indolentes. Si elles étaient douloureuses, nous pourrions enregistrer un nombre notablement plus grand de guérisons. Par malheur, elles ne deviennent douloureuses qu'au moment où le néoplasme s'est étendu, comprime et envahit les nerfs. Je ne me lasse pas de le répéter : quand une femme atteinte de néoplasme du sein dit qu'elle attendra de souffrir de sa tumeur pour se soigner, elle prononce son arrêt de mort. Elle demande alors des soins toujours trop tard.

Les épithéliomas sont des lésions locales, exclusivement locales, au début. Toutes les idées de diathèse cancéreuse sont aujourd'hui périmées. On ne sait pas si la cause est un agent bactérien ou autre chose, mais on sait qu'il s'agit d'une affection locale au début, si locale que certains auteurs ont pensé qu'à la phase tout à fait initiale, une seule cellule était prise. C'est à cette période de début que l'exérèse complète assure la guérison.

Notre première malade est donc atteinte d'un squirrhe atrophique du sein. Le sein a presque disparu. Cette tumeur est particulière et son évolution est lente, assez lente même pour qu'on ait soutenu qu'il valait mieux s'abstenir d'intervention contre elle. On a vu, en effet, des squirrhes rester stationnaires, s'arrêter dans leur marche ; mais c'est là une éventualité exceptionnelle, et, comme on ignore quelle sera l'évolution de la lésion, il est prudent de ne pas escompter son arrêt spontané. Le passé d'une tumeur n'est, d'ailleurs jamais, un gage de son avenir. Certains néoplasmes, dont l'évolution a été jusque-là torpide, prennent tout à coup une marche rapide, et réciproquement.

Nous allons rechercher deux choses : l'étendue en profondeur et l'étendue en surface de la tumeur. La première phase de l'extension en profondeur d'une tumeur du sein, c'est l'envahissement du grand pectoral. La deuxième phase est l'envahissement de la paroi thoracique ellemême, des muscles intercostaux. Pour apprécier si la paroi thoracique est prise, il suffit de chercher la mobilité de la tumeur sur les plans profonds. Pour juger de l'intégrité ou de l'envahissement du grand pectoral, on demande à la malade, après lui avoir écarté le coude en dehors, de faire un effort pour rapprocher ce coude de la paroi thoracique ; on obtient de cette manière la contraction du grand pectoral. Suivant que vous pouvez ou non alors mobiliser la tumeur, vous en déduisez l'intégrité ou l'envahissement du muscle.

L'extension en surface de la néoplasie est au moins aussi importante à connaître que l'extension en profondeur. Il est des néoplasmes qui s'étendent par la peau. Les néoplasmes qui ont cette marche sont particulièrement graves. Le cheminement des cellules cancéreuses par les lymphatiques superficiels est terrible, car il peut aller très loin. Il est important d'explorer la peau et les tissus sous-cutanés. Il faut pousser loin les recherches, jusque sur l'autre sein, jusque sur l'épaule, dans le dos, etc. Vous pouvez trouver des petits noyaux néoplasiques cutanés à une assez grande distance. Chez notre malade, nous en découvrons un certain nombre disséminés. Eh bien ! quand il y a de ces noyaux nombreux et épars dans les mailles du tissu lymphatique superficiel, aucune intervention ne saurait rendre service. Chez cette femme dont le sein est entièrement détruit par le squirrhe, qui a une dissémination très étendue de noyaux néoplasiques cutanés, nous assistons à une phase très avancée du cancer.

Notre deuxième malade est moins atteinte. Le sein intéressé n'offre rien d'appréciable à l'œil nu, si ce n'est à la partie inférieure, un léger froncement de la peau qui indique un néoplasme sous-jacent déjà adhérent au revêtement cutané, bien que peu volumineux encore. Jadis, les chirurgiens disaient que quand la peau, dans le cancer du sein, est envahie, les ganglions le sont toujours également. Nous savons aujourd'hui que l'envahissement histologique des ganglions est plus précoce encore. L'envahissement de la peau, indiquant l'envahissement ganglionnaire, assombrit donc le pronostic.

A la palpation, nous sentons dans la mamelle un petit nodule dur, imprécis dans ses limites, semblant être le centre de ramifications. Nous n'avons aucun doute sur la nature de la lésion. Il s'agit d'un cancer, dont nous allons poursuivre l'étude suivant les règles habituelles.

Explorons le reste du sein. A la partie supérieure, on ne trouve rien. A la partie inférieure, existe une série d'autres nodules de consistance très dure, réunis les uns aux autres. Ce ne sont pas des nodules indépendants comme dans la mammite chronique. Dans cette dernière affection, si l'on palpe transversalement, on sent un nodule induré et on a surtout ainsi l'impression d'une tumeur. Mais, si l'on pratique le palper d'avant en arrière, les nodules se séparent, et on a la sensation d'écraser des petits grains qui fuient. C'est là un signe de mastite chronique (maladie kystique, cirrhose épithéliale de la mamelle).

Ici, nous avons tout autre chose, un néoplasme malin.

Si nous poursuivons l'examen du côté de l'aisselle, nous percevons des tractus résistants, dus à l'extension du néoplasme. Nous avons ensuite à étudier l'extension de ce néoplasme en profondeur, en surface et du côté des ganglions.

Constatons d'abord la mobilité du sein sur les plans profonds. Cette mobilité, toutefois, n'est pas parfaite, et il existe des adhérences à la partie inférieure, au-dessous du pectoral. Il y a là des adhérences qui s'étendent vers l'appendice xiphoïde. Le muscle grand pectoral n'est pas intéressé.

Pour apprécier l'étendue en surface, nous allons palper avec soin toute la région, spécialement à la partie inférieure, jusqu'ici, la propagation paraît surtout se produire vers le bas. Nous trouvons en bas et en dedans un petit nodule dur, sous-cutané, que nous devons considérer comme néoplasique.

Explorons l'aisselle. On sent un cordon qui conduit sur des petits ganglions durs, envahis par le processus néoplasique. Quand vous sentez un ganglion, soyez sûrs que ce n'est pas le dernier. Avant d'être perceptibles au toucher, les ganglions sont déjà envahis histologiquement. L'augmentation de volume n'est pas le premier signe de l'envahissement du ganglion.

Chez cette deuxième malade, le diagnostic n'est donc pas douteux. Il s'agit d'un épithélioma du sein.

Notre troisième malade offre une lésion de diagnostic plus embarrassant. Elle présente dans le sein droit un petit nodule très mobile. Ce caractère de la tumeur, la mobilité, est en faveur d'une lésion bénigne, sans cependant avoir une valeur bien caractéristique.

On note un léger écoulement par le mamelon. Dans les mammites chroniques, on observe quelquefois un écoulement par le sein, le plus souvent séreux et clair, sans aucune signification pronostique grave. Parfois, il s'y mêle une certaine quantité de sang et il arrive même que ce soit du sang pur, en assez grande abondance. Cet écoulement offre une réelle signification. Il appartient à une variété particulière de tumeurs qui, abandonnées à elles-mêmes, deviennent toujours des épithéliomas. Lors donc que vous constaterez un écoulement hématique par le mamelon, même si vous ne trouvez rien d'alarmant dans le sein, vous devez toujours opérer. En règle générale, il s'agit d'une lésion appelée à devenir maligne, si elle n'est pas enlevée à temps.

Voyons l'état du reste de la glande. C'est important dans ces cas difficiles. Si l'on constate des petits grains de mammite chronique, on peut penser que la tumeur est un de ces noyaux. La tumeur est ici très dure et si mobile qu'elle est difficile à étudier. Le tout ensemble est cohérent, et si l'on palpe dans le sens antéro-postérieur, on n'arrive pas à dissocier la masse, comme on le fait pour les grains de mammite, qui sont indépendants. Dans la mammite chronique, il est vrai, il y a souvent un paquet de petits kystes très tendus, très durs.

Bien que la tumeur soit très mobile, quand on la palpe avec soin, on n'a pas la sensation d'un néoplasme encapsulé. L'existence de cette capsule (rare, au sein) est un gage de bénignité. En explorant la périphérie de la tumeur, on ne peut pas dire : là elle commence, là elle finit. Entre la partie saine et la partie malade, il y a une zone ni parfaitement saine, ni parfaitement envahie.

La recherche des ganglions, dans ces cas embarrassants, est importante. Il est des mammites qui donnent des ganglions, mais ils n'ont pas l'indolence et la dureté des ganglions néoplasiques. Nous ne constatons pas d'adénopathie chez cette femme.

Je reviens sur l'histoire comparative de nos trois malades. La première est atteinte d'un squirrhe ulcéré, adhérent aux parties profondes, inopérable. Nous ne pouvons rien pour elle.

La deuxième rentre encore dans la catégorie des cas opérables, mais dans cette catégorie, il y a bien des différences de pronostic. Quel est ici le pronostic ? Bien que la tumeur soit petite, le pronostic a une extrême gravité, en raison de la lymphangite cancéreuse coexistante. Les lymphatiques se dirigeant vers l'aisselle sont envahis par les cellules néoplasiques. D'autre part, rappelez-vous que la tumeur, à la partie inférieure du sein, a des connexions profondes. Rappelez-vous le petit nodule sous-cutané situé à la partie inférieure et interne du sein. Il est grave, ce nodule, par le pronostic éloigné. Il indique la possibilité de récidives dans la peau de l'abdomen et sur le péritoine. On revoit parfois ces malades, au bout de quelques mois ou de quelques années, avec une ascite relevant d'une péritonite cancéreuse.

Le diagnostic, chez notre troisième malade, est difficile, incertain, imprécisable cliniquement. On aurait tort d'affirmer la mammite chronique simple. Ma conviction est qu'il s'agit d'un noyau de mammite chronique évoluant vers l'épithélioma. Nous sommes apparemment au début de la transformation. Je dis que c'est ma conviction, ce n'est pas une certitude. Est-il sage d'attendre, de conseiller à cette femme de revenir dans un mois pour examiner l'évolution de la lésion ? Attendre, c'est compromettre l'existence de la malade. L'indication formelle est d'enlever cette tumeur. On ne doit pas faire une grande opération d'emblée mais une simple ablation du mal. Un examen biopsique de la néoplasie fixera le diagnostic. S'il ne s'agit pas d'épithelioma, l'opération première suffira. Si l'examen histologique prouve qu'il s'agit d'une mam-

(1) Leçon faite à l'Hôpital Necker.

mite, on s'en tiendra là. Si, au contraire, l'épreuve microscopique (faite soigneusement et complètement sur toutes les parties de la tumeur) démontre qu'il s'agit d'un épithélioma, si petit soit-il, une seconde intervention, complète cette fois, s'imposera.

REVUE DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE

L'anaphylaxie, par le Dr Friedberger. *(Soc. berlin. de medec. interne et de pediatrie).*

M. Friedberger fait sur ce sujet une longue communication dans laquelle il expose notamment qu'un premier fait est acquis, à savoir que l'anaphylaxie survient quand dans un même organisme il y a coexistence d'anticorps et d'antigène. Toutefois, il convient de faire une restriction à cet égard, car au cours de l'immunisation il existe des régularisations de nature inconnue, grâce auxquelles l'animal immunisé supporte cette coexistence, tandis qu'un animal neuf succomberait.

D'autre part, la grande valeur des connaissances récentes sur l'anaphylaxie est d'apporter que lumière dans la théorie de l'infection. De fait, les différences qui existent entre l'anaphylaxie et l'infection sont d'ordre quantitatif. Dans les deux cas il s'agit de la présence dans l'organisme d'albumine hétérogène parentérale. Si la quantité d'albumine nécessaire pour provoquer le shock anaphylactique est minime, elle est toujours beaucoup plus considérable que le poids des bactéries qui déterminent une maladie infectieuse. Or, M. Friedberger dit avoir constaté qu'en augmentant la quantité de bactéries on peut déterminer une anaphylaxie typique.

Les phénomènes des infections — à l'exclusion bien entendu, des véritables intoxications par des toxines spécifiques, comme la diphtérie et le tétanos — s'expliquent par la formation d'un produit nocif unique et toujours le même, l'anaphylatoxine, provenant du dédoublement d'un albuminoïde quelconque soumis à l'action de son anticorps spécifique et du complément. L'élaboration continue de l'antigène par la pullulation des agents d'une part, et, d'autre part, celle des anticorps due à la réaction de l'organisme la possibilité de l'antianaphylaxie et la diversité des conditions biologiques qui président à la distribution, des divers agents, voilà tout ce qu'il faut à la reconstitution de l'évolution entière de toute maladie infectieuse. Si, par exemple dans un cas de pneumonie la crise est définitive et suivie de guérison, c'est que les anticorps (conformément aux lois générales de l'immunisation) se sont formés en quantité abondante le septième jour ou un peu plus tard après l'apparition parentérale des pneumocoques et que ceux-ci sont assez peu nombreux pour être annihilés tous à la fois, sans produire trop d'anaphylatoxine. Si le nombre des agents est plus grand, les anticorps l'emporteront toujours, mais la mort surviendra par excès d'anaphylatoxine. Enfin, si la quantité d'anticorps n'est pas suffisante, la défervescence ne s'en produira pas moins; toutefois il existera un temps d'antianaphylaxie durant lequel la pullulation des microbes ne sera guère combattue par les anticorps qui ont presque entièrement disparu, si bien qu'il ne se produira pas la quantité d'anaphylatoxine nécessaire pour faire monter la température.

En terminant, dit l'orateur, je dois déclarer que, malgré leur contraste apparent, l'immunité et l'anaphylaxie sont identiques, ainsi que l'avait pensé il y a bien des années M. Wolff-Eisner. Il me reste à préciser les conditions dans lesquelles la formation d'anticorps aboutit à la destruction de l'antigène sans production de phénomènes anaphylactiques. Il est facile de répondre à cette question: tout dépend des quantités relatives d'anticorps et d'antigène. Si la quantité d'anticorps est supérieure, le dédoublement parentéral de l'antigène s'effectue avec une telle rapidité que le produit intermédiaire qu'est l'avait pensé il y a bien des années M. Wolff-instant pour être aussitôt dédoublé, processus d'où résultent des produits dénués de nocivité.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Consultations et formulaire de thérapeutique infantile, par le Dr M. Deguy, ancien interne des Hôpitaux de Paris, ancien chef de laboratoire. — 1 vol. in-18 de 554 pages, année 1910. — Prix : 7 francs relié, net 6 fr. 25 franco (Bernard Charmoy, 9, rue d'Assas, Paris).

On pourrait croire que sur un tel sujet l'innovation est impossible, et qu'un formulaire ne saurait différer d'un autre que par l'abondance des matières, le nombre des maladies et des médicaments étudiés. On se convaincra facilement du contraire en lisant le livre que vient de publier le Dr Deguy. Originalité dans la forme et dans le fond, manière très spéciale et tout à fait heureuse de présenter agréablement au lecteur des énumérations qui seraient facilement fastidieuses : telles sont les qualités qui frappent à première vue. L'auteur, en une trentaine de pages topiques, nous expose d'abord les principes qui doivent présider à la nourriture de l'enfant et guider la surveillance de son évolution physiologique. Ensuite sont étudiées par ordre alphabétique, les maladies de l'enfance, avec un développement d'autant plus grand qu'elles sont plus fréquentes ou plus graves. L'auteur ne fait pas une revue générale des médications qui ont été préconisées, il fait un choix. Il donne une ligne de conduite, celle qu'il a adoptée parce qu'elle lui a paru donner les meilleurs résultats. Il a été sobre de formules, mais a choisi de bonnes formules.

Dans une troisième partie sont étudiés, par ordre alphabétique, tous les medicaments utilisables chez les enfants. Le plan est uniforme, et les rubriques suivantes se reproduisent toujours : *aspect, solubilité, saveur, incompatibilités, équivalence, doses selon l'age, exemple de formules.*

Et ce plan se reproduit encore à propos de toutes les formes pharmaceutiques sous lesquelles ces médicaments peuvent être administrés.

Dans un memorandum qui fait suite, l'auteur énumère les sirops, pâtes, solutions inscrites au Codex (le nouveau Codex, bien entendu), avec leur formule, puis les titrages courants des médicaments qui se préparent en granulés ou en comprimés. L'ouvrage se termine par le dosage maxima des medications et leur adaptation légale à l'enfant.

Ce volume renferme plus de 1.200 formules. La posologie des sirops est ramenée, ce qui est plus logique, en volume.

C'est, en résumé, un livre essentiellement pratique, très clair, bien divisé, bien présenté; nul doute qu'il ne fasse bientôt partie de la bibliothèque des médecins praticiens auxquels il est appelé à rendre les plus grands services en comblant une lacune.

Consultations et formulaire de thérapeutique médicale (cœur, vaisseaux, reins), par le Dr G. E. Papillon, ancien interne des Hôpitaux de Paris, ancien médecin consultant de l'hôpital Lariboisière. — Prix : 5 francs, net 4 fr. 50 franco (Bernard Charmoy, 9, rue d'Assas, Paris.

CARNET DU PRATICIEN

Tuberculose du larynx. Période ulcéreuse

1° Pour calmer les douleurs, badigeonner le larynx avec la solution suivante :

Extrait d'opium..........	0,50 centigr.
Extrait de belladone.......	0,50 —
Eau distillée de laurier-cerise...........	20 grammes

On bien, faire des insufflations de morphine : 2 fois par jour, 7 milligr. de morphine mélangés avec de l'amidon, et augmenter la dose jusqu'à 3 centigr.

Moure emploie les pulvérisations avec 30 centigr. de chlorhydrate de morphine dans 500 gr. d'eau distillée.

On peut déposer dans le larynx, au moyen d'un tube insufflateur, un peu de la poudre suivante :

Acétate de plomb..........	2 grammes
Chlorhydrate de morphine...	20 centigr.
Sucre de lait.............	10 grammes

Après avoir détergé la muqueuse avec une pulvérisation au chlorate de potasse ou au bicarbonate de soude.

2° Cautérisation des surfaces ulcérées, soit à l'aide du nitrate d'argent, soit avec le galvanocautère, dont l'action est plus rapide, soit avec la teinture d'iode, soit au moyen de la préparation suivante :

Iode	0,30 centigr.
Iodure de potassium.......	3 grammes
Glycérine................	10 —

On peut employer la liqueur de Villate quand la suppuration est abondante.

Pour modifier les surfaces malades, l'emploi de l'iodoforme en suspension dans la glycérine au moyen de badigeonnages est beaucoup plus avantageux que les insufflations de poudre simple qui répugnent au malade.

3° Si l'œdème rend l'asphyxie imminente, pratiquer sans hésiter la trachéotomie.

4° Veiller à l'alimentation des malades.

On supprime l'impossibilité de la déglutition soit en insensibilisant les parties par la cocaïne, soit au moyen d'un tube (qui n'a pas besoin d'être bien long), introduit dans l'œsophage.

Enfin on peut obtenir la cicatrisation des ulcères tuberculeux au moyen de l'acide lactique employé en solutions de 10 à 80 0/0, et même à l'état pur.

Lotions cosmétiques

Lait d'Iris

Blanc de baleine........	3 grammes
Cire vierge extra........	3 —
Savon blanc de Marseille.	3 —
Amandes douces décortiquées..............	40 —
Eau distillée...........	100 —
Eau de roses...........	100 —
Eau de laurier-cerise....	50 —
Acide salicylique.......	0 gr. 10.
Essence de verveine extra fine..................	0 — 50.
Alcool à 90°...........	50 c.c.

Indications des Stations hydrominérales et climatiques

En romain. — *Stations hydrominérales possédant un établissement et des hôtels et vendant de l'eau en bouteille.*

En romain souligné d'un trait. — *Stations hydro ayant établissement et hôtels, mais n'expédiant pas d'eau.*

En «*italique*». — *Stations vendant de l'eau minérale ne possédant ni hôtels ni établissement hydrominéral.*

Albuminuries. — Saint-Nectaire.
Anémie. — Cauterets, Lamalou, La Bourboule.
Arthritisme. — Contrexéville, Cauterets, Martigny, Mont-Dore.
Artério-sclérose. — Plombières, Brides.
Asthme. — Mont-Dore, Cauterets, La Bourboule.
Bronchites. — Cauterets.
Bronchites chroniques. — Cauterets, Mont-Dore, La Bourboule.
Coliques hépatiques. — Contrexéville, Martigny.
Constipation. — Cauterets, Châtel-Guyon.
Coryza chronique. — Mont-Dore, Cauterets, La Bourboule
Dermatoses. — Martigny, Saint-Christan, La Bourboule.
Diabètes. — Contrexéville, La Bourboule, Martigny, Vichy.
Dyspepsies. — Plombières, Cauterets.
Emphysème. — Mont-Dore, La Bourboule.
Entérites. — Châtel-Guyon, Brides, Cauterets, Plombières
Estomac. — Vichy, Plombières.
Foie. — Contrexéville, Martigny, Brides.
Gorge. — Mont-Dore, Luchon, Cauterets, La Bourboule.
Goutte. — Contrexéville, Martigny, Aix-les-Bains.
Gravelle urique. — Contrexéville, Châtel-Guyon, Martigny, Vichy.
Laryngites. — Cauterets, La Bourboule.
Leucoplasie. — Saint-Christan.
Lymphatisme. — Salins-Moutiers.
Métrites. — Plombières, Salins-Moutiers.
Névralgies. — Plombières.
Nez. — Mont-Dore, Cauterets, La Bourboule.
Obésité. — Brides-les-Bains.
Reins (Lavage). — Contrexéville, Martigny.
Rhumatismes. — Aix-les-Bains, Plombières, Cauterets. Dax.
Rhume des Foins. — Mont-Dore, La Bourboule.
Sciatique. — Aix-les-Bains.
Syphilis. — Cauterets, Aix-les-Bains.

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 40.000 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 33, rue J.-J. Rousseau

Le Gérant : Docteur Lucien-Graux.

ÉCHOS

Pour les femmes en couches.

M. Milliès-Lacroix a fait approuver par la Commission de finances, nn avis sur les conséquences financières de la proposition de M. Panl Strauss, relative à l'assistance aux femmes en conches.

Des calculs du rapportenr, il résnlte qne si l'assistance était accordée seulement aux femmes salariées la dépense annnelle serait de 7 millions et demi : si elle était accordée à toutes les femmes, comme le réclame M. Guillier, la dépense serait de 10 millions et demi.

Le Sénat sera appelé à statuer très prochainement.

La Tuberculose.

La tuberculose est heureusement combattue avec le glohéol qui est l'extrait du globule rouge débarrassé par l'éclatement dans le vide de son enveloppe. Ces glohules proviennent du saug de jennes chevaux, sains et reposés. On sait que le cheval est réfractaire à la tuberculose. Le glohéol contient à l'état vivant des ferments très actifs (oxydases, catalases, stimulines) qui ont une action reconstituante puissante sur l'organisme et des diastases antitoxiques qui sont antagonistes des toxines élaborées par le hacille de Koch et qui en paralysent l'effet nocif. Le glohéol augmente le poids, relève les forces et rétablit l'appétit. Cette opothérapie sanguine constitue le traitement le plus rationnel de la tuberculose.

Diagnostic à distance de la Peste.

Voici d'après le Dr Broqnet, médecin-major de 2e classe des tronpes coloniales, une nouvelle méthode de diagnostic à distance de la peste.

Cette méthode repose sur le même principe que celle de la conservation des moelles rabiques, les produits pestenx sont prélevés sur le cadavre quelques heures après la mort et expédiés dans une solution de glycérine et eau, telle qu'elle puisse empêcher le développement des germes de la putréfaction, tout en conservant au bacille de Yersin, une virulence assez grande pour qu'une émulsion en eau physiologique d'un fragment de ce produit conservé puisse reprodnire l'affection avec rapidité chez les animaux de laboratoire : cobayes et rats.

Les ganglions prélevés ont pu ainsi rester de un à six jours dans des solutions.

La limitation du nombre des médecins.

A la dernière réunion de l'Association de la presse médicale française, on a discuté la question de la limitation du nombre des médecins, question qui sera presque certainement discutée par le « Comité de vigilance du Congrès des praticiens ».

A la suite d'un échange de vues, les membres présents ont donné, à l'unanimité, mission à leur délégué, le secrétaire général, de repousser la limitation, mais de demander une juste sévérité dans les examens et un fort bagage d'instruction, tel que les études classiques, avant de pouvoir aborder les études médicales.

M. Blondel a attiré l'attention sur une conséquence très préjudiciable aux intérêts des médecins français, de l'accès aux études médicales accordé aux bacheliers « sciences, langues vivantes ». Ce diplôme étant très facile à obtenir par les étrangers qui se réclament de leur langue maternelle, tous ceux d'entre eux qui veulent exercer la médecine en France le préparent. En ce moment, ils sont légion à la Sorbonne, sans parler des simples institnteurs.

REVUE IMMOBILIÈRE

Des lecteurs nous demandent souvent des renseignements immobiliers, nous leur donnons ci-dessous quelques indications de nature à les intéresser par leur caractère particulièrement avantageux.

Il n'est donné de réponses que par lettres adressées aux bureaux du journal au nom du signataire.

AUTEUIL

1° Nous recommandons deux hôtels jumeaux tout nouvellement construits et situés à côté d'une prochaine station du Métropolitain. Jolies réceptions, chambres très bien installées, confort moderne. Petit jardin. Prix : 180.000 francs.

2° Parc de la Muette, magnifique maison moderne, très bien construite. Revenu brut : 50.400 francs. Prix : 750.000 francs, contrat en mains.

3° Près du boulevard Malesherbes, maison 12 ans, bien construite. Revenu brut : 17 300 francs environ. Prix 250.000 francs. Prêt du Foncier à conserver.

NEUILLY

4° Boulevard du Château, à Neuilly, 3.500 mètres de terrain à vendre en totalité ou par lots à un prix très avantageux.

De Sorbier.

REVUE FINANCIÈRE

Toute l'attention du marché a été concentrée ces jours derniers sur les valeurs russes, notamment snr la Maltzoff et la Hartmann dont les bonds prodigieux dans un sens on dans l'autre ont été nn peu le scandale de la cote.

La Banque de France a regagné tout le terrain perdu ces temps derniers de 3.875 à 4.160 francs. D'après le hilan au 23 février, les hénéfices depnis le commencement du semestre montent à 9.076.988 francs, alors qu'ils étaient l'année dernière de 7.414.444 francs. Les Chambres de commerce, consultées snr la qnestion de la prolongation du privilège de la Banque, se sont prononcées nnanimement en faveur de cette prolongation.

La Banque de l'Algérie a repris son mouvement ascensionnel et a terminé à 1.975 francs contre 1.930 francs.

L'avance gaguée à l'annonce d'un dividende de 32 francs pour le dernier exercice a été entièrement conservée sur le Crédit Foncier, qui est à 841 après 840. Le bilan au 31 décembre constate que les bénéfices du mois ont été de 1.659.912 fr., portant à 12.836.510 fr. le bénéfice total de 1910. L'augmentation des bénéfices comparativement à l'année 1909 est de 457.100 fr. D'autre part, d'une année à l'autre, le montant des provisions pour l'amortissement des emprunts est passé de 223.434.660 francs à 232.977.141 francs, soit une augmentation de 9.542.481 fr. qui ont été affectés pour 6.265.490 fr. à la provision ordinaire et pour 3.276.991 fr. à la provision extraordinaire. En présence de l'accroissement du montant des obligations en circulation, on incline à penser que l'augmentation de capital prévue par l'assemblée extraordinaire d'avril 1909 devra être prochainement réalisée.

La Société Générale reste stationnaire à 782 francs, mais elle va bientôt reprendre son mouvement de hausse à l'approche de l'assemblée générale de mars. Celle-ci pourrait bien prendre des mesures intéressantes telles qu'une augmentation de capital.

Les tendances ont été meilleures que pendant la précédente huitaine sur le marché des actions des grands Chemins français, les bas cours ayant restreint les ventes en même temps qu'ils provoquaient quelques achats. Le Nord s'est relevé de 1.506 à 1.540 francs. De son côté, le Lyon s'est avancé de 1.147 à 1.175 fr. L'Orléans a suivi la tendance et s'inscrit à 1.280 après 1.245 fr. Le Midi a été plus discuté; il a fléchi de 1.025 à 1.003 francs, mais pour finir à 1.045 francs. L'Est reproduit à peu près son cours de huitaine à 880 francs. L'Ouest finit sans changement à 940 francs. Il y a eu cette semaine des négociations à terme plus suivies que d'ordinaire; il semble qu'un certain nombre de spéculateurs ont jugé le moment favorable pour effectuer des achats.

La Société financière des caoutchoucs est appelée à voir une hausse peut-être importante. Son mouvement ascensionnel vient de commencer. Il paraît que toutes les valeurs de caoutchouc vont connaître d'heureux jours.

Les Sucreries d'Egypte qui vont toucher 5 francs pour les privilégiées et 2 francs pour les ordinaires sont en progrès constants et il semble que ces titres vont jouir d'une plus-value certaine d'ici quelques mois et peut-être très importante.

Les Motor Cab sont encore indécis : on attend les changements qui doivent et qui vont s'opérer dans le Conseil d'administration, changements qui amèneront sans aucun doute une plusvalue sensible sur cet excellent titre qui, au taux actuel (prefered) rapporte plus de 10 0/0 et qui représente une affaire de tout premier ordre. Ceux qui la mettront en portefeuille aux cours actuels feront une opération fructueuse.

Ou parle aussi heaucoup de la Briansk qui se maiutient dans les 400 francs et qui paraît devoir obteuir elle aussi malgré la hausse qu'elle vient de parcourir uue plus value sensible.

Voici les cours actuels avec leurs comparatifs de 1910 des principales valeurs du marché :

	Samedi 25 février 1911	Samedi 25 février 1910	Taux de capitalisation actuel
Fonds d'Etat			
3 0/0 Français...	97 42	98 75	3.06
Brésil 4 0/0 1910.	460 ..		4.34
Espag. ext. 4 0/0.	97 ..	96 70	4.12
Japon 4 0/0 1905.	96 80	98 30	4.13
Roumanie 4 0/0 1910	95 50		4.18
Russie 5 0/0 or 06	105 50	104 80	4.73
— 4 1/2 0/0 09	100 90	99 50	4.45
— 2 1/2 0/0 or 1894 ...	89 ..	87 75	3.93
Banques et Etablissements de Crédit			
Banque de France	4125 ..	4300 ..	3.53
Banque de Paris et des Pays-Bas	1835 ...	1766 ..	4.08
Comptoir National d'Escompte ...	941 ..	804 ..	3.45
Crédit foncier de France	840 .	820 ..	3.57
Crédit Lyonnais..	1515 ..	1422 ..	3.95
Société Générale.	782 ..	726 ..	3.14
Banque de l'Union Parisienne	1170 ...	968 ..	4.54
Banque Impériale Ottomane	714 ..	723 ..	4.80
Valeurs de transports			
Ch. fer de l'Est ..	881 ..	950 ..	4.03
— Lyon ..	1172 ..	1347 ..	4.77
— Midi ..	1035 ..	1166 ..	4.83
— Nord ..	1532 ...	1766 ..	4.69
— Orléans	1270 ..	1445 ..	4.64
— Ouest .	942 ..	979 50	4.07
Ch. fer Métropol .	656 ..	578 ..	3.04
— Nord-Sud.	337 ..	304 ..	»
Comp. des Omnibus (nouv.)....	630 ...	1514 ..	»
Métallurgie et Mines			
Aciéries de France	800 ..	705 ..	3.12
Associat. minière.	303 50	306 ..	4.28
Boléo	786 ..	839 ..	3.81
Creusot	1913 ..	1990 ...	3.90
Malfidano (jouiss.)	354 ..	385 ..	»
Métaux (Cie Française des).......	775 ..	716 ..	4.45
Penarroya	1229 ..	1260 ..	4.46
Rio Tinto........	1722 ..	1936 ..	4.35

A. S. Weil.

LES ESTAMPES

Un très heau manuel de l'amateur d'estampes du XVIIIe siècle vient d'être publié par Loys Delteil, expert à l'Hôtel Drouot, chez Anatole Dorhon, 53 *ter*, quai des Grands-Augustins, Paris. Au moment où les estampes sont si recherchées, nous croyons intéressant de signaler cet ouvrage qui contient la description de près de 2.000 estampes avec 2.379 prix d'adjudicatious et 106 reproductions, c'est là un ouvrage très intéressant sur lequel d'ailleurs nous revieudrons.

82e Année (Série XIIIe) — N° 84 LE NUMÉRO : 25 CENTIMES Mercredi 8 Mars 1911

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

Abonnements et Vente au Numéro
Librairie Médicale J. ROUSSET
1, Rue Casimir-Delavigne
PARIS

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale......... 15 fr.
Edition Espagnole.... 10 fr.
Edition Portugaise.... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

DIRECTION & RÉDACTION
11 bis, Rue Villebois-Mareuil, PARIS
DIRECTEUR :
Dr LUCIEN GRAUX
Lauréat de l'Institut

Ancienne *Gazette de Santé*
(139e Année)

Hors concours, Membre du Jury
Exposition franco-britannique 1908
Vice-Prés. Expos. Bruxelles Cl. 16

ÉCHOS

Les dernières prédictions d'Edison

Dans la fabrication des meubles, l'acier remplacera le bois. Le mobilier d'acier sera cinq fois meilleur marché que vos armoires marquetées ou vos bergères en essences des îles : au surplus sa légèreté sera fort prisée.

« Le papier, a continué de prédire M. Thomas Edison, le papier disparaitra. Pour les livres, des feuillets de nickel, épais d'un quatre-millième de millimètre. se substitueront à vos « japons », à vos « vélins » désuets, recéleurs de microbes et puant le remugle. La feuille de nickel acceptera comme eux l'encre d'imprimerie, et tel bouquin de deux centimètres et demi d'épaisseur contiendra quarante mille pages. Il ne coûtera que six francs !...

« Quant à la pierre philosophale, c'est le lot de l'alchimie moderne. Le fait de manufacturer l'or sera un jeu pour nos fils. J'en augure des révolutions profondes dans le système financier du monde, car bientôt ce sera loisible à quiconque de frapper de vrais louis.

« Enfin je vous annonce l'avènement prochain de merveilleuses et puissantes machines qui, mues par l'électricité, laboureront, sarcleront, sèmeront, « rustiqueront » à l'envi. Le paysan de l'avenir sera chimiste, botaniste, économiste. Un clavier et des commandes, voilà ses outils !... »

Le bouton des médecins territoriaux

On sait que les médecins territoriaux comme tous les officiers de l'armée territoriale portaient au collet de la tunique ou du dolman une ganse à bouton qui les distinguait de l'active et de la réserve. Cette ganse à bouton vient d'être supprimée.

Bienfaiteur de la science.

M. Auguste Loutreuil vient de léguer cent mille francs à l'Institut Pasteur, un million à la Caisse des recherches scientifiques, deux millions cinq cent mille francs à l'Université de Paris et trois millions cinq cent mille francs à l'Académie des sciences, soit plus de sept millions destinés à aider nos savants.

M. Loutreuil était le fils d'un modeste cultivateur de l'Orne. Parti de son pays natal à l'âge de vingt-quatre ans, il finit par réaliser une grosse fortune. Il n'en pouvait faire un plus noble usage que celui dont son testament nous apporte la nouvelle.

Aussi puissant que le radium.

Le professeur Hahn, de l'Université de Berlin, a découvert dans les résidus des manchons à gaz un nouveau composé chimique qu'il a appelé *mésothorium*. Le bromate de mésothorium développe la même puissance radioactive que le radium lui-même. La production annuelle de bromate de mesothorium en Allemagne est d'à peu près 10 grammes, ce qui égale la production du radium dans le monde entier.

Le Vin le plus ancien.

Inutile d'aller en Allemagne pour trouver le plus vieux vin connu ! Il suffit de connaître son Paris !

Je ne possède plus, il est vrai, dans ma collection. de *Vin gallo-romain*, du IIe siècle après J.-C., trouvé par moi même, en place, dans un puits funéraire en Vendée ; mais j'en ai eu !

En revanche, j'ai toujours. dans des bocaux, de la *lie de ce vin*, en quantité assez considerable, même à Paris.

J'en trouve, d'ailleurs, à chaque fois que je fouille un puits du même genre dans les vases qui se trouvent presque toujours dans les sépultures !

Je l'ai fait analyser par M. le professeur Haller, professeur de chimie à la Sorbonne, membre de l'Institut.

Dr. MARCEL BAUDOUIN.

Salon des Asclépiades.

Le deuxième Salon Médical : Salon des Asclépiades, s'ouvrira du 28 mars au 9 avril prochain inclus de 9 heures du matin à 6 heures du soir, à l'Institut 31, boulevard des Italiens ; sont admises à ce salon toutes les œuvres artistiques de médecins, internes et étudiants en médecine, inédites ou ayant déjà été exposées (peinture, sculpture, pastel, gravure, art décoratif). De plus. une section de ce Salon sera exclusivement consacrée à une exposition de Médailles et d'objets d'art ayant trait à la médecine (La Médecine dans l'Art). Un appel tout particulier est adressé à ce propos à nos confrères collectionneurs pour rehausser de leurs richesses cette curieuse exposition.

Pour tous les renseignements, s'adresser à M. le docteur P. Rabier, 3, rue Saint-Louis-en-l'Ile, Paris.

A l'Académie.

En l'absence du docteur Wurtz, actuellement en mission à la Côte d'Ivoire, où il étudie la maladie du sommeil, M Mosny a donné à l'Académie de Médecine lecture d'un rapport où il demande que l'Academie ajoute la fièvre récurrente à la liste des maladies nécessitant l'isolement à la Martinique, à la Guadeloupe et à la Réunion. Les conclusions sont adoptées.



TRAITEMENT DE L'ANÉMIE ET DE TOUS ÉTATS CONSOMPTIFS
SUC INALTÉRABLE DE VIANDE DE BŒUF CRUE
ASSOCIÉ A LA CATALASE ET AUX OXYDASES DU PLASMA SANGUIN
Le Flacon entier 8 Francs
MUSCULOSINE
BYLA
Le Demi Flacon 4 Fr. 50
LES PLUS HAUTES RÉCOMPENSES
PRÉPARÉE ET CONCENTRÉE A FROID
DOSE MOYENNE: 4 Cuillerées à bouche par jour pour adultes. 4 Cuillerées à dessert pour les enfants.
ABSENCE TOTALE DE TOUS GERMES NOCIFS
LES ÉTABLISSEMENTS BYLA JEUNE GENTILLY — Paris

ÉCHOS

Les appellations dans l'armée.

Par décret en date du 4 février 1911 l'article 73 du décret du 25 mai 1910 est abrogé et remplacé par le suivant:

« Le supérieur parlant à l'inférieur l'appelle :

Général, si l'inférieur est général de division ou de brigade ou pourvu d'un grade correspondant dans la hiérarchie propre du corps auquel il appartient;

Colonel, s'il est colonel ou lieutenant-colonel ou pourvu d'un grade correspondant dans une hiérarchie propre;

Commandant, s'il est chef de bataillon ou d'escadrons ou pourvu d'un grade correspondant dans une hiérarchie propre;

Capitaine, s'il est capitaine ou pourvu d'un grade correspondant dans une hiérarchie propre;

Lieutenant, s'il est lieutenant ou sous-lieutenant ou pourvu d'un grade correspondant dans une hiérarchie propre;

Les hommes de troupe gradés sont interpellés par l'énonciation de leur grade; les simples soldats, suivant l'arme, par les mots: soldat, chasseur, zouave, tirailleur, légionnaire, cavalier, canonnier, sapeur, etc.

Le supérieur peut, dans tous les cas, ajouter, s'il le juge à propos, le nom de l'inférieur.

Les mêmes appellations sont employées par l'inférieur s'adressant à un supérieur; elles sont précédées du mot « mon » si le supérieur est pourvu du grade d'adjudant ou d'un grade plus élevé.

Le ministre de la guerre, le sous-secrétaire d'Etat de la guerre, les maréchaux de France, le grand chancelier de la Légion d'honneur, les gouverneurs militaires de Paris et de Lyon, les gouverneurs des places fortes sont désignés par leur titre précédé des mots: « Monsieur le... »

Il en est de même pour les personnels dont la hiérarchie propre ne comporte aucune assimilation avec les grades de l'armée; la classe dans le grade n'est pas mentionnée. »

Les médecins militaires ayant la correspondance de grade dans leur hiérarchie propre seront donc *appelés* général, colonel, commandant, capitaine ou lieutenant, suivant le nombre de leurs galons.

Le dernier paragraphe s'applique au personnel non assimilé, comme les contrôleurs.

Des soins donnés à un souverain détrôné par la suite.

Le professeur Bier, alors simple assistant de von Bergmann, avait été envoyé à Constantinople pour donner ses soins au sultan Abdul-Hamid. Survint la Révolution et l'ex-médecin de Sa Hautesse dut s'adresser aux tribunaux pour obtenir le règlement de sa note, se montant à 160.000 marks (200.000 fr.). Il fut débouté de sa demande.

Institut français d'anthropologie

Il vient d'être fondé un Institut français d'anthropologie, dont le berceau ainsi que le siège sont au muséum d'histoire naturelle de Paris (laboratoire d'anthropologie).

L'institution nouvelle se propose en effet de grouper des anthropologistes, des paléontologistes, des zoologistes, des anatomistes, des histologistes, des biologistes, des physiologistes, des psychologues, des linguistes, des archéologues, des sociologues, des géologues, des ethnographes, des voyageurs, enfin, dans le but d'utiliser toutes ces compétences pour l'étude plus fouillée de l'anthropologie dans le passé et chez les peuples non civilisés.

Cette nouvelle société se limite d'ailleurs à cinquante membres. Le bureau est déjà constitué de la façon suivante : président, M. Salomon Reinach; vice-président, M. Marcellin Boule; M. Lapicque est secrétaire général; M. Hubert, trésorier; M. Rivet, archiviste.

Comme conseillers, quatre membres : MM. Durkheim, professeur à la Sorbonne; Grandidier, membre de l'Académie des sciences; Meillet, professeur au Collège de France, et Verneau, professeur au Museum.

IIe Congrès français de Stomatologie.

Il se tiendra à Paris du 31 juillet au 4 août 1911.

Pourront faire partie de ce Congrès : 1° tous les médecins français et étrangers s'intéressant à la stomatologie; 2° à titre individuel, les personnalités qui, en raison de leurs travaux et de leurs titres, auront été admises par le Comité d'organisation.

Le bureau est ainsi constitué : Présidents d'honneur : MM. Cruet, G. Gaillard et Cl. Martin; Président: M. Jules Ferrier; Vice-présidents: MM. Chompret et Julien Tellier; Secrétaire général : M. Gires; Secrétaires : MM. P. Nespoulous et Vaysse; Trésorier : M. Bozo.

Adresser les adhésions et le titre des communications au Dr Gires, secrétaire général, 4, rue de Rome, Paris.

Cinquantenaire scientifique du professeur Armand Gautier

Le professeur Armand Gautier, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, président de l'Académie des Sciences, vient d'accomplir sa *cinquantième année* d'enseignement universitaire. Sa vie tout entière a été consacrée à la science.

Désireux de rendre hommage au maître éminent dont l'activité infatigable et féconde n'a cessé d'honorer la chimie et la médecine françaises au cours de ce demi-siècle, ses collègues, ses élèves et ses amis ont formé le projet de célébrer son *cinquantenaire scientifique*.

Une souscription est ouverte en vue d'offrir à cette occasion, à M. Armand Gautier, une médaille commémorative à son effigie.

Le Comité, présidé par MM. Haller, Bouchard, Landouzy, Darboux, André Lefèvre et Liard, recevra avec reconnaissance toutes les souscriptions. A toutes celles atteignant ou dépassant la somme de 25 francs, sera réservé un exemplaire en bronze de cette médaille jubilaire.

Si, comme nous l'espérons, nos lecteurs veulent bien apporter à cet hommage leur précieux concours, ils feront parvenir leur souscription au trésorier du Comité, M. P. Masson, libraire de l'Académie de médecine, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Une nouvelle responsabilité pour les médecins.

Il Policlinico de Rome publie un arrêt mettant les médecins sur le même pied que les hôteliers et logeurs!

La cour de cassation de Rome (arrêt du 17 novembre 1910) a jugé que les médecins chirurgiens opérant chez eux ou dans un local privé, à ce destiné, ont le devoir de veiller sur les objets et vêtements que les clients déposent au vestiaire, aux portemanteaux ou dans le salon d'attente.

A ce titre il est responsable du vol de ces objets.

Cette nouvelle responsabilité manquait probablement à toutes les autres. Il va évidemment surgir une nouvelle industrie, celle du Monsieur venant cueillir dans la salle d'attente du médecin une riche pelisse ou castor.

Hôpital de Perpignan

Un legs de 100.000 francs avait été fait à l'hôpital de Perpignan, à la condition que cet établissement ne serait pas laïcisé. Un décret présidentiel autorise l'acception de ce legs et le maintien des religieuses dans l'hôpital.

UN IMPORTANT PROBLÈME DE PATHOLOGIE GASTRIQUE

L'Ulcère du Duodénum

SON SYNDROME CARACTÉRISTIQUE, SON TRAITEMENT

Par le Docteur M. DURAND

Chirurgien des Hôpitaux de Lyon, Professeur agrégé à la Faculté

Il y a quelque vingt ans, on vit se dégager, du milieu assez coufus des signes des affections gastriques, le syndrome si caractéristique des sténoses pyloriques. Ce progrès remarquable dans le diagnostic détermina un progrès considérable dans la thérapeutique : la gastro-entérostomie put être basée sur des indications cliniques précises et formelles, elle put donner les brillants résultats, palliatifs dans le cancer, définitifs dans beaucoup d'autres cas, qui lui ont permis de devenir l'une des opérations les plus courantes de la chirurgie actuelle.

Les chirurgiens anglo-saxons ont étudié et isolé un syndrome clinique, moins important peut-être que celui des sténoses du pylore, mais ils affirment que sa netteté est parfaite, son diagnostic facile, et que son traitement donne des résultats excellents. Cette question vient d'être mise à l'ordre du jour du dernier Congrès de chirurgie; octobre 1910; elle a donné lieu à un rapport très documenté de MM. Ricard et Pauchet. Elle est venue depuis en discussion à la Société de Chirurgie de Paris, où plusieurs chirurgiens, et un médecin, M. Mathieu, ont tour à tour exposé leur opinion.

Le problème qui se pose ainsi est celui de l'ulcère de la première portion du duodénum : il mérite vraiment qu'on s'en préoccupe, et si les conclusions des anglo-saxons se confirment, un grand progrès aura été fait dans la pathologie de l'estomac.

Ces conclusions peuvent se résumer sous forme des trois propositions suivantes :

1° Il existe fréquemment, sur la première portion du duodénum, des ulcères voisins de la valvule pylorique.

2° Cet ulcère détermine un syndrome clinique absolument caractéristique, si net que le diagnostic peut en être fait même à distance, sans examiner le malade, pourvu que celui-ci expose avec précision les troubles qu'il éprouve : « The history, dit Mayo-Robson, gives a typical picture enabling a diagnosis to be surmised, without even seeing the patient ».

3° Tout ulcère reconnu doit être traité chirurgicalement. L'intervention de choix est la gastro-entérostomie; éventuellement on sera amené à agir directement sur l'ulcère lui-même.

Ces propositions méritent une sérieuse discussion, et il est nécessaire que chacun, médecin et chirurgien, considère avec minutie, à la lumière de ces données, les faits qu'il pourra observer, afin que soit élucidée rapidement cette importante question. C'est pour la poser, et non dans l'intention de la résoudre actuellement, que je crois devoir écrire ces lignes. Posons plus amplement les données actuelles du problème :

Premier point. Fréquence de l'ulcère duodénal. — Tous les chirurgiens français familiarisés avec la chirurgie gastrique furent surpris par la donnée anglo-américaine, qui prétend que les ulcères du duodénum sont deux fois plus fréquents que les ulcères de l'estomac. Ceci tient certainement à ce que tons nous avons appelé « pyloriques » les ulcères « duodénaux » que nous avons opérés. Dans l'observation qu'on trouvera plus loin, j'anrais certainement fait le diagnostic d'ulcère pylorique, si je n'avais eu l'attention attirée sur ce point. Les Anglo-Saxons appellent duodénaux, tous les ulcères se trouvant à droite de la « veine pylorique » qui croise la face antérieure du pylore. Il est infiniment probable que cette limite n'a pas une valeur anatomique absolue, mais qu'importe au fond que l'ulcère soit duodénal, ou duodéno-pylorique, s'il existe, et si un syndrome clinique net permet d'en affirmer l'existence.

Deuxième point. Symptomes et diagnostic. — Nous ne connaissions guère jusque-là les ulcères duodénaux que par leurs complications. Si on se reporte pourtant au mémoire classique de Bucquoy (1) on trouve exposé de façon très satisfaisante la symptomatologie de l'ulcère duodénal en évolution, sans complication. Quelques données nouvelles (expérience de Weber) et les études récentes permettent de décrire comme suit les signes de cette affection :

a) *Doubles subjectives.* — Capricieuses et sans caractère net au début, elles ne tardent pas à prendre un type tout à fait spécial :

Elles se caractérisent par *leur moment d'apparition*, deux, trois, quatre et même cinq beures après le repas. Cet intervalle entre la prise du repas et le début de la douleur, est en raport avec la nature et la quantité des aliments; l'intervalle est court si les aliments sont liquides et peu abondants, environ deux heures; il est long si les aliments sont abondants, solides ou pâteux. Ma malade commençait à souffrir deux heures après son petit déjenner de 8 heures, 3 ou 4 heures après le repas plus important et mixte de midi. Un grand nombre de sujets disent que leurs douleurs débutent quand ils commencent à avoir faim, d'où le nom de « hunger pain » donnée à cette douleur.

Leur durée est de même en rapport avec l'importance du repas : la douleur causée chez ma malade par le petit déjeuner cessait au bout d'une heure et demie ou 2 beures, celle que provoquait le repas de midi durait 5 ou 6 heures.

Leur *mode d'apparition* et de *disparition* serait en général assez rapide.

Leur soulagement produit par l'absorption de nouveaux aliments ou d'un alcalin.

Leur forme, qui preud l'allure de sensations de brûlure, de perforation par une broche, localisée, dans les cas nets, un peu à droite de la ligne médiane, à mi-chemin entre l'ombilic et les fausses côtes droites. Bucquoy avait insisté sur les irradiations qui se font sur l'abdomen, l'épaule droite, le flanc, tendant, par conséquent, à avoir une orientation latérale alors que dans l'ulcère de l'estomac, elles se font vers la ligne médiane, dans la colonne lombaire ou dorsale. L'ulcère du dnodénum ne donnerait jamais cette douleur épigastrique qui, depuis Cruveilhier, est considérée comme très importante.

Souvent ces douleurs sont soulagées par la pression large loco-dolenti, alors que l'appui du bout du doigt exagère la douleur.

Parfois, le malade éprouve des sensations de crampe, et on pourrait alors sentir, quand la paroi abdominale est mince, une sorte de contraction qui durcit le pylore et lui donne la consistance d'un col utérin.

Les *vomissements* sont rares, la plupart du temps aqueux, acides, brûlants, donnant la sensation de dents de craie.

La périodicité des crises. Il est fréquent de voir les douleurs se manifester non régulièrement chaque jour, mais par périodes plus ou moins longues, et on a remarqué que les périodes douloureuses se produisent surtout pendant les mois froids et humides.

b) *L'appétit* est diminné, *la constipation* fréquente.

c) *L'examen direct* ne révèle à peu près aucune modification gastrique, au moins dans les cas purs. Il est fréquent toutefois, et ce fut le cas de mon opéré, de voir se produire à longue échéance, de la dilatation gastrique et des signes de rétention par sténose plus ou moins incomplète du pylore.

d) *L'examen du suc gastrique* montre parfois une acidité normale, le plus souvent une byperacidité confirmée, mais toujours les malades ont des signes subjectifs d'hyperacidité, brûlures, pyrosis, renvois acides. Moyniban va plus loin, et c'est ici, il me semble, le nœud du problème clinique, car il affirme qu'il n'a jamais opéré un seul cas d'byperchlorhydrie prolongée sans trouver d'ulcère du duodénum.

e) *Hémorragie.* La grande bémorragie avec mélœna est une complication véritable, mais l'hémorragie microscopique, décelable par l'examen coprologique est fréquemment relevée. Il peut arriver pourtant que cette épreuve soit négative par suite du caractère non bémorragique de l'ulcération au moment de la recberche.

f) *La durée est indéfinie.* On est d'ordinaire en présence de malades jeunes, surtout des bommes de 25 à 45 ans qui fait remonter à de très longues années leurs troubles gastriques.

De l'étude des signes que je viens d'exposer sommairement, il résulte un groupement de symptômes qui permet, disent Mayo-Robson, Moyniban, les frères Mayo, de poser de façon ferme le diagnostic d'ulcère du duodénum; Bucquoy avait déjà montré par son article, et par les observations qui lui servaient de base, que ce diagnostic était possible et que lui-même l'avait posé.

Troisième point. Traitement. — Les auteurs dont je résume en ce moment les travaux affirment que tout ulcère duodénal diagnostiqué doit être traité chirurgicalement et voici la conduite qu'ils préconisent :

La gastro-entérostomie constitue l'opération de choix. On la fera surtout postérieure, à la Von Hacker, à la suture afin d'obtenir une très large bouche, au point déclive afin de parer à toute rétention.

Les résultats sont extrêmement satisfaisants. On trouve dans le rapport Ricard-Pauchet :

Les frères Mayo, 456 gastro-entérostomies pour ulcère duodénal, deux morts (d'hémorragie, il s'agissait de malades atteints en outre de lithiase biliaire).

96 0/0 restent guéris, les plus anciens depuis dix-sept ans.

(1) Bucquoy. *Arch. Gén. de Médecine*, 1887.

Moynihan avait opéré au 1er juin 1910, deux cent soixante-huit ulcères du duodénum avec 80 0/0 de guérisons radicales, les cent quarante-six dernières opérations n'avaient donné aucune mort.

L'enfouissement de l'ulcère est souvent ajouté à la gastro-entérostomie. Cette opération consiste à passer des fils en tissu sain à droite, puis à gauche de l'ulcère, à les nouer ensuite de façon à enfouir l'ulcère comme on enfouit une perforation. Ce complément a le double avantage de parer à la perforation et de rendre le pylore peu perméable, ce qui facilite la persistance de l'orifice gastro-jéjunal qu'on vient de créer.

La résection de l'ulcère. On circonscrit l'ulcère par une incision, et on l'excise. On suture ensuite les lèvres de la brèche ainsi créée de façon à agrandir l'orifice pylorique par une plastique orificielle appropriée.

Duodéno-pylorectomie. On la pratique d'après la technique usuelle et on peut rétablir la continuité digestive soit par Billroth I, soit par Billroth II, soit par fermeture du bout duodénal et implantation du bout pylorique dans la deuxième portion du duodénum. On pourrait encore fermer les deux orifices et établir une gastro-duodénostomie de M. Jaboulay.

Exclusion du pylore. Dans quelques cas enfin, on a pratiqué l'exclusion typique avec gastro-entérostomie.

Je viens d'exposer les faits; que devons-nous en penser? Ainsi que je l'ai dit au début de cet article, le problème est important, il ne peut manquer de soulever des discussions et, s'il est résolu chez les chirurgiens de langue anglaise, il a besoin chez nous de trouver des confirmations.

Deux questions me semblent se poser :

1° Le syndrome décrit est-il caractéristique de l'existence d'un ulcère duodénal?

2° Le diagnostic posé implique-t-il la nécessité d'une intervention chirurgicale?

Les Anglais affirment que ce syndrome est absolument caractéristique et que si on opère systématiquement les sujets qui le présentent à l'état de netteté on trouve toujours un ulcère du duodénum. A l'appui de cette donnée, ils apportent d'énormes statistiques. On est bien obligé d'avouer que quand des chirurgiens de la valeur des frères Mayo basent leurs convictions sur une série de 497 interventions, il serait imprudent de révoquer en doute leur opinion et de nier purement et simplement, *a priori*, ce qu'ils avancent.

Or, pour trancher cette question, il faut uniquement se baser sur des faits précis, sur des constatations anatomiques : on doit se garder de toute discussion théorique et de toute interprétation de faits dépourvus de vérification opératoire ou nécropsique.

Qu'importe l'opinion d'auteurs qui viendraient dire que ce syndrome n'est pas caractéristique parce qu'ils ont vu des malades qui le présentaient nettement, et qui pourtant n'étaient atteints, à leur avis, que de dyspepsie hyperchlorhydrique, de maladie de Reichmann ou d'hypersthénie avec spasme, mais n'apporteraient aucune constatation anatomique à l'appui de leur opinion clinique.

Que l'on donne aux faits observés l'appellation qu'on voudra, il n'y a qu'une chose importante, c'est de voir si le syndrome décrit s'accompagne toujours de l'existence d'un ulcère duodénal ou juxta-pylorique. Lorsqu'un nombre assez considérable de faits aura pu être rassemblé, il n'y aura qu'à s'incliner devant eux. M. Mathieu écrit que Soupault était déjà converti, car il dit (1) :

« Soupault allait jusqu'à admettre, en conversation, au moins, que dans tous les cas, même légers et récents, les crises d'hypersécrétion douloureuse étaient dues toujours à un ulcère pylorique ou juxta-pylorique, mais il ne pouvait le démontrer n'osant pas encore faire opérer des malades si légèrement atteints ».

Les Anglo-Américains ont résolu ce problème, médecins et chirurgiens, nous avons le droit, j'allais dire le devoir, d'élucider à notre tour ce point important. Les malades atteints de ce syndrome sont suffisamment à plaindre pour qu'on n'ait pas de scrupule à proposer et à pratiquer une intervention aussi bénigne que l'est aujourd'hui la gastro-entérostomie. Etudions ensemble les faits de cet ordre, et bientôt, on peut l'espérer, il sera établi si vraiment le syndrome « ulcère duodénal » est aussi caractéristique, aussi bien classé que l'est le syndrome « sténose pylorique ». Ceci obtenu, la question thérapeutique sera vite tranchée, et l'on saura rapidement quels malades doivent rester soumis au traitement médical et quels autres sont justiciables de la chirurgie.

J'observe en ce moment une malade qui présente nettement les symptômes et l'évolution d'un ulcère duodénal. L'épreuve de Weber a été négative. En l'absence de constatation opératoire, je ne rapporte pas cette observation. J'ai par contre opéré et guéri, en novembre, une femme portant un ulcère du duodénum, et présentant les troubles subjectifs que l'on rapporte à cette lésion. Celle-ci serait-elle donc aussi fréquente que le pensent les frères Mayo? (2)

Observation

R. J., 47 ans, entre dans le service le 8 novembre 1910 pour des troubles gastriques Elle a été vue en ville par le Dr Jamin, son médecin, qui a conseillé, après radioscopie, faite par le docteur Destot, une intervention chirurgicale.

Son père est mort d'affection inconnue, sa mère d'un néoplasme du sein il y a un an.

Quatre enfants bien portants, pas de fausse couche, aucune maladie sérieuse à noter.

Pendant sa dernière grossesse, il y a vingt ans, elle tomba sur le dos et aurait eu consécutivement des troubles gastriques, des vomissements alimentaires qui troublèrent la fin de la grossesse. Celle-ci toutefois se termina bien.

Depuis ce moment elle aurait eu de mauvaises digestions, mais elle n'y prêtait guère attention, car sa santé générale n'était nullement altérée.

Il y a quatre ans apparurent de nouveaux troubles : douleur continue dans l'hypocondre droit s'exacerbant au moment du repas avec irradiation dans l'épaule droite, mais sans crise pouvant être interprétée comme hépatique, jamais d'ictère. Assez fréquemment elle avait des vomissements aqueux sans relation nette avec les douleurs ou avec les repas. Ces troubles se prolongèrent et persistèrent sans caractère plus marqué jusqu'au commencement de la présente année 1910. A ce moment s'établit un syndrome très particulier, troubles gastriques surtout douloureux, que la malade décrit de la façon suivante :

Au réveil, elle se trouvait très bien; à 8 heures du matin, elle prenait un potage qui ne produisait rien d'immédiat. A 10 h. 1/2 ou 11 heures, apparition assez brusque de douleurs, à forme de brûlure, localisée dans la région pylorique, un peu à droite de la ligne médiane, sans grande irradiation. La pression locale n'était guère douloureuse, la pression large, les linges chauds apportaient un certain soulagement momentané.

A midi, déjeuner, un plat de viande, un plat de légumes, dessert, un demi-verre de vin : tantôt les douleurs étaient déjà calmées, et la malade mangeait d'assez bon appétit, tantôt elles persistaient encore et le repas était absorbé malgré cela, car cette absorption calmait les douleurs. Parfois au contraire, elles étaient si vives que la malade ne pouvait manger.

Après le repas, disparition rapide des douleurs et persistance du bien-être jusqu'à 3 h. 1/2 ou 4 heures. A ce moment, avec une régularité et une précision vraiment étonnantes, reprise des douleurs assez rapidement. Elles atteignaient alors leur acuité maxima, sous forme d'une piqûre violente, traversant l'hypocondre droit, un peu à droite de la ligne médiane, vers le pylore, sans grande irradiation.

Elles persistaient jusque vers minuit, se calmaient alors et le sommeil apparaissait.

Assez souvent la malade prenait vers 6 heures un petit potage qui ne diminuait pas les douleurs.

Ces phénomènes se reproduisaient chaque jour plus ou moins aigus, mais sans jamais manquer; il ne se produisait jamais de crises, de périodes d'exacerbation ou de calme durant une série continue de jours; on n'observe pas que la température ait influé sur les symptômes.

Il n'y eut jamais d'hématémèse, ni de mélæna ou du moins elle n'a jamais vu que ses selles fussent noires.

Quelques rares vomissements, toujours aqueux, et ceci avait frappé la malade, car il lui arriva de rendre de l'eau claire, aigre, peu de temps après l'ingestion du repas, même d'un verre de vin.

Les selles sont difficiles, sans cependant que la constipation soit devenue considérable.

A l'entrée dans le service on est en présence d'une petite femme amaigrie, non cachectique cependant, et dont la coloration tégumentaire est terne, non jaune néoplasique.

Pas de ganglions, d'œdème, d'albumine,

(1) Mathieu. Société de chirurgie de Paris, 2 nov. 1910, p. 1024.

(2) Depuis que cet article a été écrit, j'ai pu trouver deux cas :

Dans l'un, sans confirmation anatomique, le syndrome clinique est à peu près typique.

Dans l'autre, il s'agit au contraire d'une constatation faite à l'autopsie. Cette observation a été rapportée à la Société des Sciences médicales, dans la séance du 11 janvier 1911, par M. Pauly, interne de mon service. Une femme ayant un long passé gastrique entre pour un abcès de la fosse iliaque droite. Elle meurt subitement en une heure d'hémorragie par ulcération d'une artère gastrique importante. A l'autopsie on trouve un gros ulcère calleux de l'estomac et un petit ulcère sur la première portion du duodénum. Ici le syndrome clinique était peu net, en raison de la prédominance des signes gastriques.

Dans les deux derniers mois, j'ai donc eu l'occasion de constater anatomiquement deux ulcères de la première portion du duodénum et de voir deux malades qui, cliniquement, en paraissent atteints.

ni de lésion viscérale en dehors de la zone gastrique.

A l'examen du ventre, plat, à paroi maigre, très facilement explorable, on trouve l'hypocondre gauche occupé par un estomac dilaté à deux doigts au-dessous de l'ombilic, avec un grand clapotage. Pas de douleur nette de l'épigastre, pas d'ondes péristaltiques.

Sous le grand droit droit on perçoit une petite tumeur ayant le volume de la moitié d'une grosse noix, paraissant en rapport avec le pylore. On peut la pincer entre les doigts et lui imprimer une assez grande mobilité latérale, un peu de mobilité verticale.

A la radioscopie : L'estomac vide, on voyait une grosse bulle gazeuse sous-diaphragmatique.

Pendant l'ingestion de bouillie bismuthée, on voyait l'estomac s'abaisser jusqu'à michemin entre l'ombilic et le pubis. Il prenait la forme d'un assez long boyau vertical, étroit, se coudant en bas vers la droite pour donner la figure d'une ⅃ dont la branche horizontale serait courbe, dépassant peu, à droite, la ligne médiane. La partie supérieure de la branche verticale se renflait fortement montrant au-dessus d'une ligne de niveau liquide, oscillante, une assez grosse bulle gazeuse.

L'examen, six heures après l'ingestion bismuthée, avait révélé à M. Destot une notable rétention.

La recherche du sang dans les selles par l'épreuve de Weber, faite à plusieurs reprises, a toujours été négative.

Intervention, le 18 novembre 1910. — Laparotomie médiane sous-ombilicale. Assez grand estomac, sans altération de la paroi. La lésion est tout entière pylorique ou plutôt duodénale. Il existe sur la première portion du duodénum, face antérieure, un épaississement présentant un aspect tout à fait particulier. C'est une petite masse à bords amincis, développée dans la tunique intestinale. Le centre, épais de un demi-centimètre environ, est légèrement déprimé en cupule peu profonde. La coloration blanc nacrée est absolument caractéristique d'une cicatrice d'ulcère.

Cette masse était située tout à fait sur le duodénum; il ne pouvait y avoir aucune hésitation, car elle est nettement distinguée, à la palpation, de l'épaississement formé par le pylore; elle se trouve également à droite de la veine pylorique, très bien marquée, à laquelle les Anglo-Saxons attachent tant d'importance.

Aucune adhérence. Le pylore est extrêmement mobile, on amène à la peau très facilement le duodénum et la partie supérieure de la tête du pancréas, de sorte que l'examen est absolument complet et ne peut laisser subsistuer aucun doute.

Pas de ganglions.

Gastro-entérostomie postérieure von Hacker à la suture. La bouche est faite très large, 5 à 6 centimètres.

Suites opératoires extrêmement favorables, les premiers jours passés, la malade reprend son alimentation; rapidement elle est mise au régime courant de la salle.

Disparition absolue de tous les signes

Aucune douleur. Selles normales.

La malade sort du service le 10 décembre, se déclarant absolument guérie.

Revue le 1er février, elle confirmait sa guérison complète et la disparition des troubles dont elle souffrait depuis vingt ans; elle a engraissé de 8 kilos.

Auto-Sérothérapie des Affections bactériennes aiguës

Le Docteur Baillon (de Toulon), propose d'appliquer, au début des affections bactériennes aiguës, un vésicatoire dans tous les cas et d'injecter systématiquement le liquide de la phlyctène du malade, soit par voie sous-cutanée ou intra-musculaire, soit par voie veineuse.

Ce mode de traitement est basé sur le raisonnement suivant :

Chez tout sujet en imminence d'infection microbienne, il se produit dans le sang des antitoxines et de l'hyperleucocytose. En provoquant une inflammation locale, il se produit au point enflammé une abondante leucocytose et une *résorption* d'antitoxines (c'est là le mode d'action de l'abcès de fixation de Fochier et du vésicatoire qui agissent par résorption d'antitoxines *et non par soustraction de sérosité.*)

En injectant le liquide du vésicatoire au malade, on lui procurera *en grande quantité et d'un coup*, les substances nécessaires à la défense de son organisme. Bien entendu, on injectera le liquide en prenant les précautions aseptiques nécessaires, et le vésicatoire ne sera pas cantharidé, pour éviter la néphrite possible.

REVUE CLINIQUE

Péricardite subaiguë syphilitique, par M. le Dr Paul Vergely (*Journ. de Méd. de Bordeaux*).

Si le *Curationes ostendunt naturam morborum* a quelque valeur, il me semble qu'on peut donner ce titre à cette observation :

M. X..., grand, très vigoureux, amateur de sport, vient de se plaindre, à moi, dans le courant du mois de novembre, de douleurs dans les épaules, dans la poitrine, surtout *à gauche* et *en avant*, au niveau de *la région précordiale*. Après un examen attentif, je ne trouve rien. Prescription : aspirine et pyramidon, qui le soulagent une huitaine de jours.

Le 24 novembre, la douleur persiste toujours, très pénible. Nouvel examen minutieux de la plèvre, du cœur, de l'estomac. Négatif, comme le précédent. Cependant, *très nombreux petits ganglions dans l'aine et derrière le cou*, — ganglions qui ressemblent tout à fait à ceux de la syphilis. Aux questions que je lui pose touchant cette maladie, il répond catégoriquement qu'il n'a jamais eu ni rhumatisme ni syphilis, et croit que ces douleurs, toujours très persistantes, surtout au niveau de la *région précordiale*, s'étendant vers le *sommet du sternum* et aussi vers la région *sous-claviculaire droite*, sont dues à un refroidissement qu'il aurait pris en automobile par manque de précaution.

Appelé à faire vingt-huit jours dans la remonte, il se rend à la caserne le 25, fait les exercices, et, le lendemain, il se sent si souffrant qu'il rentre chez lui. Le 27, au matin, il a une température axillaire de 39°; le pouls est à 100 pulsations. Il se plaint à ce moment de douleurs très vives dans la région précordiale, à l'épigastre, et d'une *douleur strangulante légère* en arrière du larynx.

Après m'être assuré qu'il n'y a rien au pharynx, au larynx, je l'ausculte, et je trouve à la *région précordiale un bruit de frottement péricardique* des plus nets, bruit râpeux, superficiel, non synchrone aux bruits du cœur et occupant exactement la région du cœur. Pas le moindre accident pleural ni à droite ni à gauche.

La péricardite n'étant jamais spontanée, je suppose qu'il s'agit d'une manifestation rhumatismale : étiologie douteuse.

Le soir, la température axillaire est de 39°9; pouls à 120. Douleur péricardiale toujours très vive.

A la famille, pronostic réservé. Vésicatoire, salicylate de soude.

Le 28, le Dr Chabert (de Castres) voit le malade et confirme mon diagnostic. Je lui fais part de ma perplexité sur l'étiologie, sur la présence des ganglions qui ont tout à fait l'apparence de ganglions syphilitiques.

Il m'apprend alors que le malade a en la syphilis il y a quatre ans; que cette maladie s'est manifestée par une forte roséole et des plaques muqueuses, et qu'il n'a pas été traité sérieusement à ce moment-là.

De concert avec le Dr Chabert, nouveau vésicatoire et deux grandes cuillerées de sirop Gibert à dose d'hydragyre augmentée.

Le 29, la fièvre a disparu : 37°4; pouls à 84 pulsations. Le malade se sent mieux, malgré le bruit de frottement, qui persiste avec la même intensité.

Le 30, le bruit de frottement a diminué, la douleur également. Pas de fièvre; température normale. Le pouls radial n'est pas très fort, et il est moins sensible à gauche qu'à droite; les bruits du cœur sont aussi moins énergiques à gauche qu'à droite.

Le 1er décembre, le bruit de frottement a presque disparu; la douleur également.

Le 2, j'entends très peu le bruit de frottement; la douleur est très diminuée : le malade respire largement et témoigne de beaucoup d'appétit.

Le 4, j'entends à peine le bruit de frottement. Matité cardiaque normale. Presque plus de douleur. Le pouls n'est pas très fort. Le malade prend 6 centigrammes de poudre de digitale par jour et toujours deux grandes cuillerées de sirop de Gibert.

Il m'avoue alors qu'il avait eu la syphilis; qu'on l'avait traité avec quelques pilules, et qu'il n'avait jamais suivi aucun autre traitement.

Le 5, plus de douleurs, plus de frottements; pas de matité; appétit très vif.

Le 10, la douleur est peu revenue. Examen minutieux à l'aide d'un sthétoscope à renforcement : pas le moindre frottement. La matité cardiaque est de 7 centimètres verticale et de 8 centimètres transversale. Ce qui frappe, c'est le peu d'énergie des battements du cœur. Je prescris : 2 grammes de salicylate de soude.

Le 12, la douleur a complètement disparu. Le malade se lève et se croit en mesure de sortir. Les battements du cœur ont repris leur intensité habituelle.

J'ai parcouru plusieurs travaux sur la syphilis, surtout des cas spéciaux, et je n'ai pas trouvé de cas de péricardite aiguë légère. Cependant, dans le *Traité de médecine* de Charcot et Bouchard (1re édition, t. V, p. 6), je trouve les remarques suivantes : « La syphilis ne semble pas posséder une influence pathogénique bien marquée pour produire la péricardite, du moins dans les formes aiguës ou subaiguës.

« Quoi qu'il en soit, la *possibilité des manifestations de l'infection syphilitique sur le péricarde* doit être *présente à l'esprit* lorsque la *source des accidents demeure incertaine*.

« Ajoutons que Parrot regardait la syphilis comme prédisposant l'enfant à la péricardite. »

Quel diagnostic aurait pu être porté dans ce cas : Pleurite circonscrite? Il me semble qu'il aurait été nécessaire de mettre de la bonne volonté pour accepter ce diagnostic, alors que tous les signes étaient bien ceux de la péricardite: douleur à la région précordiale, léger sen-

timent de strangulation, bruits de frottement très net produits par les contractions cardiaques; disparition rapide sous l'influence de la médication hydrargyrique.

L'inflammation était-elle à la surface externe du péricarde? La palpation, soigneusement faite dans les espaces intercostaux, ne donnait aucune sensation de frottement. D'ailleurs, les mouvements du cœur ne se transmettaient pas à cette surface de frottement. Je crois donc avoir en affaire ici à une péricardite subaiguë de cause syphilitique, provoquée par un refroidissement chez un homme qui s'expose au vent, au froid humide, sans aucune précaution, sans être même suffisamment couvert.

Extraction d'un corps étranger de la bifurcation inférieure de la bronche gauche chez un enfant par bronchoscopie inférieure. (*Soc. Med. des Hôp. de Lyon*).

M. Sargnon présente un œillet de bottine retiré de la bronche droite après trachéotomie.

Le petit malade a déjà été présenté à la Société dès son entrée à l'hôpital, avant toute tentative d'extraction. On essaie vainement la bronchoscopie supérieure, on ne peut franchir le larynx sans cocaïne, car l'enfant se débat. La trachéotomie haute est faite par Vignard et Sargnon; elle est assez hémorragique au niveau du bord supérieur du corps thyroïde. Le malade a de la température pendant quelques jours, de la bronchite préopératoire et très notablement augmentée. Elle devient surtout très purulente. Quand l'orage bronchique est passé, Sargnon fait une première tentative de bronchoscopie inférieure avec un tube de 7 millimètres. On aperçoit nettement le corps étranger à la partie inférieure de la bronche gauche. Il est très enclavé, ne bouge par aucune manœuvre, et il est très souvent masqué par de gros crachats purulents. Température légère, pendant deux jours et repos dix jours.

Nouvelle bronchoscopie inférieure toujours sans cocaïne, en position assise. On ne voit pas le corps étranger masqué par la suppuration. Une nouvelle radiographie faite par Barjon le montre toujours au même point.

Deux semaines après, troisième bronchoscopie inférieure sous cocaïne en position couchée. Avec un très fin crochet mousse fabriqué spécialement, Sargnon essaye de désenclaver le corps étranger, mais en vain. On a la sensation que le crochet ramène le poumon. Il est impossible de retirer le crochet pourtant mousse, alors on le repousse à la périphérie pulmonaire, et on le ramène, heureusement au dehors par un léger mouvement de va-et-vient. Cette petite complication n'eut aucune suite grave.

Comme le malade a une bronchite purulente extrêmement intense et des signes généralisés de bronchite, on le renvoie un mois à la campagne avec sa canule.

Il revient en septembre, et la radiographie montre toujours le corps étranger au même point, vers la septième cote en arrière, à gauche.

Une quatrième tentative de bronchoscopie est faite sans succès, mais cette fois, comme le malade est bien amélioré comme bronchite et comme catarrhe purulent, on voit le corps étranger toujours au même point.

Une cinquième tentative est faite dix jours après sous cocaïne en position couchée. Le corps étranger n'a toujours pas bougé. Séchage minutieux de la bronche gauche à la trompe à eau. Pour éviter les hémorragies qui se produisent dès les premières manœuvres au cours du corps étranger, on tamponne longuement avec la cocaïne et l'adrénaline. Il apparaît alors très nettement place de champ; avec le désenclavant mousse, on peut le retourner, et la pince le saisit facilement à travers un tube de 7 millimètres.

Il s'agit d'un petit œillet de laiton que l'on utilise pour les chaussures.

Le malade présente autour de la canule un bourgeonnement intense qui nécessite des ablations et des cautérisations pendant huit jours. La bronchite s'est très amendée, on enlève la canule, le malade part ayant recouvré sa voix.

Cette observation est très intéressante, car elle montre :

1° Les difficultés extrêmes pour l'ablation des corps étrangers intrabronchiques *enclavés*. Par la bronchoscopie inférieure, l'ablation des corps étrangers *mobiles* est très facile, ils arrivent au devant du tube. Par contre, il n'est pas toujours possible d'extraire les corps étrangers enclavés bas.

Tout récemment, dans une société américaine, Chevalier Jackson, pourtant très habitué aux manœuvres endoscopiques, signalait un insuccès pour une épingle enclavée de la bronche.

Il est de toute importance d'enlever dans la mesure du possible le corps étranger qui, par les complications qu'il occasionne, amène une mortalité d'environ 50 0/0.

2° Signalons aussi que l'emploi de la bronchoscopie inférieure sous cocaïne est extrêmement pratique, même chez l'enfant. L'anesthésie générale donne malheureusement parfois des complications pulmonaires sérieuses.

3° C'est le premier cas de corps étranger de la bronche gauche que nous ayons observé. Presque toujours (et la plupart des auteurs sont d'accord sur ce point) le corps étranger tombe dans la bronche droite, plus volumineuse, et dont l'axe continue plus directement la direction trachéale.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Traitement de l'incontinence nocturne essentielle d'urine par les injections de sérum au périnée, par M. M. Delamarre, méd. pr. de 2e cl., méd. ch. hosp. mixte, La Fere. (*Arch. méd. milit.*)

Dans une note parue dans les *Archives de Médecine et de Pharmacie militaires* (juin 1909), M. le médecin principal de 1re classe Cahier conseillait les injections de sérum au périnée, comme traitement de l'incontinence nocturne d'urine.

« Je crois, disait-il, pouvoir recommander aux camarades de l'armée cette technique si simple, qui n'offre aucun danger ni aucune difficulté, qui m'a paru jusqu'ici d'une efficacité non contestable et qu'on peut appliquer à l'infirmerie, du moment où l'affection est bien essentielle et ne dépend pas d'une lésion caractérisée des voies urinaires ou du système nerveux. »

Nous avons expérimenté ce procédé et nous nous en sommes si bien trouvé, qu'à notre tour, nous n'hésitons pas à le préconiser pour la cure de l'incontinence nocturne d'urine, infirmité qui, jusqu'à présent, nécessitait plus de 100 réformes par an.

On peut d'ailleurs juger de l'efficacité de la méthode par les résultats que nous avons obtenus.

Depuis l'arrivée des recrues, au mois de septembre 1909, nous avons soigné, par les injections de 160 grammes de sérum au périnée, 9 artilleurs atteints d'incontinence nocturne essentielle d'urine et nous avons constaté :

4 guérisons sans récidive après une seule injection; 2 guérisons sans récidive après deux injections; 3 guérisons par injections répétées après une ou plusieurs récidives. Total, 9 guérisons sur 9 hommes traités.

TECHNIQUE

Marquez à la teinture d'iode les deux points du périnée antérieur situés à 1 ou 2 centimètres sur les côtés de la saillie bulbaire et à mi-distance de l'anus et de la racine des bourses, poussez sur ces points à l'aide d'une seringue de Roux, 80 grammes de sérum normal de chaque côté dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Les téguments se soulèvent et on voit apparaître une boursouflure du volume d'un œuf environ. Fermez avec de l'ouate collodionnée les deux petits orifices produits par l'aiguille de Roux et tout est terminé.

On peut, ainsi que le fait observer M. le médecin principal Cahier, remplacer la seringue de Roux par le flacon habituellement employé pour les injections de sérum, mais ce dernier instrument nous paraît moins pratique que la seringue de Roux. Il a de plus l'inconvénient d'agir plus lentement, alors que pour réussir il faut, dit M. Cahier lui-même, que « l'injection soit faite rapidement, brusquement même, de façon à ce qu'elle forme « masse » et que le liquide n'ait pas le temps de s'étaler en diffusant dans les mailles du tissu cellulaire ».

Or, avec la seringue de Roux qui contient 20 grammes de liquide, l'injection est poussée vivement et vigoureusement. Une fois la première injection terminée sur un point, on recharge la seringue encore trois fois sans sortir l'aiguille des tissus, puis on recommence de même sur l'autre point, de façon à injecter 80 grammes de sérum de chaque côté de la saillie du bulbe.

Il serait difficile de trouver une technique plus simple que celle qui est indiquée plus haut. Les injections épidurales recommandées par Cathelin et les injections dans l'espace rétro-rectal de Boulay sont évidemment beaucoup plus compliquées et ne sont pas supérieures comme résultat.

M. Cahier fait remarquer avec raison qu'avec son procédé on exerce, par action de voisinage, un effet plus direct soit sur le col de la vessie, soit sur le muscle strié de l'urèthre membraneux.

SYMPTOMES OBSERVÉS AVANT L'INJECTION PÉRINÉALE

Chez la plupart des adultes atteints d'incontinence nocturne d'urine datant de leur enfance, ce qui est le cas pour les militaires que nous avons traités, nous avons observé de la *polyurie*. Beaucoup sont obligés, en plein jour, d'uriner environ toutes les deux heures; quelques-uns, même, toutes les heures. La nuit, l'envie d'uriner ne les réveille pas, surtout s'ils se trouvent un peu fatigués par les exercices de la journée. Si quelqu'un n'est pas spécialement chargé de les faire lever, ils pissent au lit environ deux ou trois fois par semaine.

SYMPTOMES OBSERVÉS APRÈS L'INJECTION

Le jour de l'injection périnéale, les malades accusent généralement un peu de céphalalgie et un léger mouvement fébrile; mais ils ressentent déjà moins l'envie d'uriner aussi souvent que d'habitude pendant la journée et ils se réveillent la nuit si le besoin d'une miction se fait sentir.

Ainsi : *fièvre légère avec céphalalgie bénigne, mictions diurnes moins fréquentes et réveil au moment du besoin des mictions nocturnes*; tel est le résumé des effets produits par l'injection de sérum au périnée.

Ajoutons de suite que la céphalalgie et la fièvre ne durent que quelques heures, tandis que les bons effets de l'injection persistent.

Il est bien entendu que les injections périnéales n'ont d'action que sur les malades atteints d'incontinence essentielle; elles sont sans effet appréciable sur ceux qui sont porteurs de lésions pathologiques telles que : cystite, prostatite, calculs, etc. Ainsi, nous avons eu à traiter un homme qui était entré à l'hôpital avec le diagnostic : incontinence nocturne d'urine et qui, pressé de questions, nous a avoué ensuite être atteint de blennorragie. En l'examinant de près, nous avons reconnu qu'il s'agissait d'une cystite

blennorragique l'obligeant à des mictions très fréquentes. Dans ce cas, qui doit être écarté de la question, les injections périnéales ont eu simplement pour effet de diminuer la fréquence de l'envie d'uriner.

CONCLUSIONS

Sur 9 *pisseurs au lit* que nous avons traités par le procédé des injections de sérum au périnée, nous avons obtenu 9 guérisons (dont nous publions ci-dessous l'observation succincte) qui viennent s'ajouter à celles citées par M. le médecin principal Cahier.

Ce procédé, d'une simplicité remarquable, est d'une réelle efficacité. Il devra toujours être appliqué, au besoin à plusieurs reprises en cas de récidive, avant de proposer pour la réforme les militaires atteints d'incontinence nocturne.

Après enquête, nous avons pu nous assurer que les hommes que nous avions traités étaient de bonne foi et avaient même cherché à dissimuler plutôt qu'à simuler leur infirmité. Tous ont été enchantés d'être guéris par un traitement aussi simple d'une affection datant de leurs premières années.

Obs. I. — P..., jeune soldat du 17 régiment d'artillerie, entre à l'hôpital mixte de La Fère, le 15 novembre 1909, pour incontinence nocturne d'urine. Son infirmité date de l'enfance et, par amour-propre, il ne l'a déclarée ni au conseil de revision, ni à la visite d'incorporation. Ses camarades de chambrée, incommodés par la mauvaise odeur de la literie, s'en plaignirent à un sous-officier qui ordonna à P... de se présenter à la visite du médecin. Interrogé P... nous apprend qu'il ne se réveille pas la nuit et qu'il pisse au lit deux ou trois fois par semaine. De plus, il se plaint d'être obligé d'uriner souvent dans la journée, même en prenant la précaution de boire peu. Nous lui recommandons d'uriner dans un bocal en verre que nous mettons à sa disposition et nous pouvons constater le lendemain, 16 novembre, qu'il y avait environ 2 litres de liquide dans le récipient. Le 16, nous pratiquons au périnée une injection de 160 grammes de sérum (80 grammes de chaque côté de la saillie du bulbe).

Le 17, P... nous dit avoir ressenti un léger mal de tête quelques heures après l'injection et la température est montée à 38°.

Le 18, plus de céphalée ; pas de fièvre. P... n'a pas uriné au lit.

Le 19, P... a uriné de nouveau au lit pendant la nuit. Nouvelle injection de sérum au périnée.

Le 20, P... n'a pas éprouvé de céphalée comme après la première injection; pas de fièvre. Mictions diurnes moins fréquentes. A partir de cette seconde injection, P... se réveille la nuit, quand il a besoin d'uriner et ne souille plus son lit. Nous avons revu cet homme sept mois après sa sortie de l'hôpital, la guérison s'est maintenue.

Obs. II. — D..., jeune soldat du 17e d'artillerie, atteint depuis son enfance d'incontinence nocturne d'urine, entre à l'hôpital le 28 décembre 1909. Ce militaire n'a jamais déclaré son infirmité et s'est présenté par ordre à la visite. Mêmes symptômes que dans l'observation I. Polyurie diurne.

Le 29 novembre, injection de 160 grammes de sérum au périnée, suivie d'une légère céphalalgie. Depuis cette injection, D... urine moins souvent dans la journée et se réveille la nuit pour pisser. Revu six mois après cette seule injection, D... a déclaré être complètement guéri.

Obs. III. — L..., jeune soldat du 29e d'artillerie, atteint depuis son enfance d'incontinence nocturne d'urine, entre à l'hôpital le 18 décembre. Mêmes symptômes que dans les observations I et II.

L... a cherché à cacher son infirmité et est entré par ordre à l'hospice mixte de La Fère. Guérison après une seule injection. Cette guérison s'est maintenue depuis la sortie de l'hôpital.

Obs. IV. — B..., jeune soldat du 29e d'artillerie, atteint d'incontinence d'urine dont on ne s'est aperçu au régiment qu'au mois de janvier, est envoyé à l'hôpital le 7 du même mois. Ce militaire, étant en même temps porteur d'un phimosis, qui peut être une cause de son infirmité, nous lui pratiquons la circoncision et nous lui injectons 160 grammes de sérum au périnée.

Pendant les huit jours qui suivent, B... n'urine plus au lit.

Le 16 janvier, on constate que B... a de nouveau uriné au lit. Nouvelle injection de 160 grammes de sérum au périnée. Depuis cette seconde injection, la guérison a été définitive, ainsi que j'ai pu le constater en interrogeant le malade cinq mois après sa sortie de l'hôpital.

Obs V. — V..., jeune soldat du 17e d'artillerie, atteint d'incontinence nocturne d'urine depuis son enfance, n'a pas déclaré son infirmité. Envoyé par ordre à l'hôpital le 26 février, nous le traitons immédiatement par une injection de sérum au périnée. Pas de fièvre. Guérison constatée plusieurs mois après la sortie de l'hôpital.

Obs VI. — P..., jeune soldat du 17e d'artillerie, atteint d'incontinence nocturne d'urine datant de l'enfance et qu'il n'a pas déclarée, entre à l'hôpital le 26 mai 1910. Polyurie.

Le 27 mai, injection de sérum au périnée; légère céphalalgie sans fièvre. Urine moins souvent dans la journée et n'a plus pissé au lit depuis cette unique injection.

Revu le 3 juin 1910, cet homme a déclaré être guéri.

Observations d'incontinences nocturnes d'urine guéries après récidive.

Obs. VII. — M..., jeune soldat du 17e d'artillerie, est envoyé à l'hôpital le 28 octobre 1909 pour incontinence nocturne d'urine. Polyurie. Après une injection de 160 grammes de sérum au périnée, M... sort de l'hôpital le 3 novembre avec une guérison apparente pendant cinq mois.

Récidive au mois de mars 1910. Nouvelle injection périnéale le 26 mars 1910.

Le malade paraît de nouveau guéri. Nouvelle récidive au mois de juin 1910. Le malade est traité de nouveau par deux injections de 160 grammes de sérum au périnée à cinq jours d'intervalle. Depuis ces deux dernières injections, M... fait son service, n'urine plus au lit et paraît définitivement guéri.

Obs. VIII. — P..., jeune soldat du 17e d'artillerie, atteint d'incontinence nocturne d'urine, qu'il a tenue cachée jusqu'au mois de mars 1910, entre à l'hôpital le 25 du même mois. Injection de 160 grammes de sérum au périnée. Le malade sort de l'hôpital le 2 avril avec une guérison apparente.

Le 28 mai, P... est renvoyé de nouveau à l'hôpital, bien qu'il n'ait pissé au lit que trois fois depuis sa sortie de l'hôpital.

Le 29 mai, injection de 160 grammes de sérum au périnée. Après cette deuxième injection, P... n'a plus uriné au lit, ainsi que nous avons pu nous en assurer en l'examinant deux mois après son dernier traitement.

Obs. IX. — L..., jeune soldat du 17e d'artillerie, atteint d'incontinence d'urine depuis son enfance, est envoyé à l'hôpital le 14 mars 1910.

Première injection de sérum au périnée le 15 mars. Urine au lit le 18 mars ; nouvelle injection de 160 grammes de sérum.

Urine encore au lit deux jours après. Troisième injection le 21 mars; le lendemain 22, urine encore au lit.

Quatrième injection le 24 mars. Sort le 9 avril avec une guérison apparente.

Le 17 mai, le malade est renvoyé à l'hôpital pour récidive d'incontinence d'urine. Le 18 mai, injection de 160 grammes de sérum au périnée.

Le 2 juin, L... a uriné au lit pendant la nuit. Nouvelle injection de sérum au périnée.

Depuis cette dernière et sixième injection, L... n'a plus uriné au lit et paraît complètement guéri.

Le lait caillé au bacille bulgare, aliment incontaminable par le bacille virgule. Discussion de son rôle dans la prophylaxie anticholérique (*Soc. de Thérap.*).

M. G. Rosenthal a montré que *in vitro* le vibrion virgule ne résiste pas au bacille bulgare. En milieu épidémique, se laver les mains et s'alimenter de lait caillé sont donc deux conditions essentielles de prophylaxie; mais cette prophylaxie sera incomplète si, en dehors de l'ingestion du lait caillé ou de la culture bulgare, il y a absorption d'eau contaminée n'ayant pas subi le contact de l'acide lactique sécrété par le microbe de Massol.

Sur la protéolyse pancréatique, par M. E. Choay (*Soc. de Thérap.*).

Le ferment protéolytique du pancréas est caractérisé par un grand pouvoir dégradant, comme le pouvoir protéolytique de l'estomac l'est par un grand pouvoir solubilisant. Au ferment tryptique appartient le rôle principal d'agent de dégradation moléculaire; au ferment peptique appartient le rôle principal d'agent solubilisant. Quoique distincts, ces rôles ne sont pas exclusifs, chaque ferment pouvant exercer, vis-à-vis de l'autre, un rôle secondaire de suppléance.

Il est à peine besoin de souligner tout l'intérêt thérapeutique qu'offrent ces résultats. Du fait même que la protéolyse pancréatique est subordonnée au bon accomplissement de la protéolyse gastrique, toute cause d'insuffisance gastrique capable de diminuer l'activité peptique obligera le pancréas à effectuer un travail de suppléance et se traduira par un rendement déficitaire de la digestion pancréatique. Mais, dans ces conditions, la faiblesse tryptique observée ne révélera qu'une insuffisance pancréatique secondaire, la véritable insuffisance étant d'origine gastrique. Vient-on à restituer au ferment gastrique son activité solubilisante normale, la diastase pancréatique donnera son plein effet.

REVUE DE CHIRURGIE

A propos du rôle de la syphilis dans les traumatismes anciens du crâne, par le Dr Lucien Picqué.

Jusqu'ici la question des rapports de la syphilis et du traumatisme avait une fonction toute différente.

On admettait la paralysie générale due exclusivement au traumatisme et on s'appliquait alors à démontrer qu'au moment du traumatisme le sujet n'était pas syphilitique et qu'il ne l'était pas devenu depuis.

L'accord était toujours difficile à se faire entre les cliniciens.

Aujourd'hui la question s'est simplifiée grâce à la ponction lombaire.

Quand elle-ci est positive, on doit rejeter l'action du traumatisme.

Mais reste la question des relations réciproques du traumatisme et de la syphilis.

Ici on se trouve en présence de simples hypothèses. Toute conclusion pour le pathologiste est prématurée, mais l'expert a le droit de faire bénéficier la victime d'un traumatisme cranien des lacunes de la pathologie.

(*Soc. de Chirurgie.*)

Traitement des anévrismes poplités.

M. Le Dentu a fait une communication à la Société de Chirurgie sur le traitement des anévrismes poplités par le sérum gélatiné. Il rapporte plusieurs observations. Dans le premier cas il s'agissait d'un anévrisme tibio-péronien résultant d'un coup de couteau. M. Le Dentu a

fait à ce malade sept injections de sérum gélatiné à 2 p. 100. La guérison a été absolue et s'est maintenue. Dans un second cas d'anévrisme fusiforme, une très grande amélioration fut obtenue. M. Le Dentu rapproche de ces faits ceux de Reynier, Lancereaux, Gérard-Marchand. Il rappelle un cas de M. Moreau, dans lequel une injection de 200 centimètres cubes de sérum gélatiné à 5 p. 100 a déterminé une gangrène qui a nécessité l'amputation. Ces faits sont très exceptionnels .M. Le Dentu conclut que le sérum gélatiné peut donner de bons résultats dans les cas où, pour une raison quelconque, on ne croit pas devoir recourir à l'intervention.

AUTREFOIS

Le Charlatanisme à la cour de France

OU DES

GRANDS FAISEURS DE PROMESSES [1]

Par DIONIS

Premier Chirurgien de Mmes les Dauphines et Chirurgien à Paris

LEÇON EXTRAITE D'UN COURS D'OPÉRATIONS

Publié par M. Georges De LA FAYE

Professeur et Démonstrateur royal en Chirurgie, à Paris, chez Méquinon l'ainé, 1782

Nous voici assemblés, Messieurs, suivant la coutume si sagement établie à la gloire du Prince, et à l'avancement de la chirurgie, pour notre cours d'opérations. Je veux vous faire aujourd'hui, dans cette démonstration, les portraits d'une douzaine de gueux qui ont paru sur les rangs depuis quelque temps, et qui, prétendant que la chirurgie est un Art simplement mécanique, courent souvent risque de tuer ou d'estropier les malades. Je n'entends pas parler de ceux qui après une louable éducation ont été instruits des préceptes par les bons Maitres, qui ont ensuite pratiqué dans les hôpitaux des villes et dans les armées selon les lumières et la saine méthode qu'ils ont puisée dans l'Ecole de Saint-Côme et qui, n'étant point avides du gain, courent également chez les pauvres comme chez les riches. Mon dessein n'est point d'insulter personne sur sa vie, ses mœurs et sa probité; je n'attaque que ceux qui prennent impunément la qualité de médecins ou de chirurgiens parce qu'ils ont quelque légère teinture de l'une ou de l'autre de ces deux sciences. Je ne blâme point ceux qui charitablement distribuent des remèdes aux pauvres qui leur en demandent. Je sais qu'il y a quantité de personnes qui en donnent dans l'intention de soulager les malades et sans aucun intérêt; mais je sais aussi qu'on peut être fort charitable et zélé pour le prochain, et en même temps ignorant médecin et dangereux chirurgien.

Les portraits que je vais faire de plusieurs gens qui ont monté sur la scène pour jouer des rôles différents dans la médecine et dans la chirurgie sont tirés au naturel; on peut y ajouter toute la foi possible puisque j'en ai connu les originaux et que des histoires que j'en fais, j'en parle avec ma sincérité ordinaire. Je ne les rapporte que dans la vue de rendre service au public afin qu'il évite de se livrer entre les mains de ces sortes de gens qui promettent infiniment plus qu'ils ne peuvent tenir, et de ces oculistes, arracheurs de dents, lithotomistes, renoueurs, qui ignorent combien la chirurgie est la plus certaine, la plus noble, la plus nécessaire de toutes les Sciences, qu'elle est une habitude de l'entendement et en même temps une dextérité acquise.

Ceux qui méritent le nom de chirurgiens, ceux qui excellent dans la conservation et le rétablissement de l'homme, le chef-d'œuvre le plus accompli de l'Univers, ceux-là sont rares, bien que nombreux soient les étudiants dont le concours est si grand au Jardin Royal que la plus grande salle destinée à nos démonstrations n'en peut tenir la moitié. C'est ce qui nous oblige de faire des billets cachetés que nous distribuons aux garçons-chirurgiens qui servent les Maitres, et cela, pour éviter la confusion, par l'exclusion de ceux qui sont en boutique chez les barbiers, et de ceux que la seule curiosité peut y attirer.

Parmi les coureurs et les distributeurs de secrets, les uns ont un abord triste, le discours prononcé et le pronostic fâcheux; ils semblent les avant-coureurs de la mort. Ils mettent leurs malades sur le bord du tombeau, en sorte qu'à les entendre parler ils sont toujours près d'y descendre. Je sais qu'ils en usent ainsi par un trait de politique, en ce que si le malade meurt, l'on déclarera que ces demi-savants l'avaient prédit, et si au contraire il guérit, l'on publiera qu'ils lui ont sauvé la vie. D'autres prennent une route tout opposée et promettent des guérisons infaillibles. Le monde doit être prévenu de toutes ces ruses et ne juger de la sincérité et de l'habileté des opérateurs que par l'événement des cures qu'ils ont entreprises.

J'en arrive donc à ces hommes qu'on peut mettre au rang des arracheurs de dents puisqu'on dit : il ment comme un arracheur de dents.

Caretto mérite la première place parce qu'il se faisait appeler marquis. C'était un Italien qui vendait deux louis d'or la goutte d'un remède de sa façon. Il voulut traiter Mme la Dauphine et entreprendre M. le Maréchal de Luxembourg, qu'il empêcha de saigner dans une inflammation de poitrine dont ce maréchal mourut; et parce que lui ayant donné deux onces de diacode il calma un peu son agitation, on disait qu'il lui fallait élever une statue d'or; mais la mort qui survint fit changer de langage.

Deux capucins parurent, qui firent dire au Roi qu'ils apportaient des pays étrangers des secrets inconnus. Le Roi les fit loger au Louvre, et leur faisait donner quinze cents livres par an pour faire leurs remèdes. Le charme de la nouveauté leur attira tout Paris; ils distribuaient quantité de remèdes, dont je ne vis point de miracles. L'un aima mieux mourir que de se laisser saigner, parce qu'il déclamait contre la saignée, l'autre, qui donnait un remède contre la petite vérole, a laissé mourir M. le prince d'Epinay, quoique celui-ci ait pris le remède avec l'exactitude recommandée par un imprimé que ce capucin avait soin de donner à ses malades.

Le médecin de bœufs (c'est ainsi qu'on appelait une espèce de médecin à Saignelay, en Bourgogne) prétendait par l'inspection des urines connaitre toutes sortes de maladies. Les messagers venaient de toutes parts lui apporter des fioles pleines d'urines. En Bourgogne, on le croyait un oracle. Je l'ai vu à Paris, d'où il partit récemment, peu contents des Parisiens.

Un apothicaire du Comtat d'Avignon, parut avec une pastille de nouvelle invention; il n'était pas de maladie qui ne dût céder à l'effet de ce remède. Il obtint le privilège d'en distribuer, et il en vendit beaucoup parce qu'il les donnait à cinq sols pièce; mais comme cette pastille était composée d'un peu de sucre incorporé avec un grain d'arsenic, ceux qui les prenaient en étaient presque empoisonnés, trop heureux quand ils en étaient quittes pour des vomissements jusqu'au sang.

Le frère Ange, capucin du couvent du faubourg Saint-Jacques, avait été garçon apothicaire. Toute sa science consistait dans la composition d'un sirop qu'il appelait mésentérique; il donnait à ce sirop l'esprit de purger avec choix les humeurs qu'il fallait faire sortir. Mme la Dauphine, qui était indisposée, le voulut voir. Elle usa de ce remède pendant quinze jours, ses médecins ne s'opposant point à la résolution qu'elle avait prise de s'en servir. Elle ne trouva point de soulagement, et après plusieurs questions au frère Ange qui le déconcertèrent, elle le congédia. Il s'en retourna dans son couvent, bien chagrin de ce que Mme la Dauphine n'avait pas autant de confiance dans ses succès que les bonnes gens de son quartier.

L'abbé de Belzé était un prêtre normand qui s'avisa de se dire médecin. Il fut introduit par M. le maréchal de Bellefont auprès de Mme la Dauphine. Il la purgea vingt-deux fois dans l'espace de deux mois, et dans le temps où il est défendu de faire des remèdes aux dames : il la traitait à sa mode. Il faisait le médecin et l'apothicaire tout ensemble; il ne consultait personne, et enfin, après quatre mois, il la laissa plus mal qu'elle n'était quand il l'avait entreprise. Mlle Béfola et Mlle Patrocle, toutes deux femmes de chambre de Mme la Dauphine, essayèrent aussi les remèdes de l'abbé de Belzé; mais elles tombèrent en langueur et eurent un dévoiement continuel dont elles sont mortes l'une après l'autre, peu de temps après Mme la Dauphine.

Mme la Barrière, garde de femmes en couches à Paris, fut proposée à Mme la Dauphine. On fit venir cette femme qui, pendant quinze jours, fit les fomentations qui sont du ressort des gardes d'accouchées; mais ces remèdes échauffèrent plutôt que soulagèrent, et on la renvoya avec deux cents pistoles. L'abbé de Belzé avait reçu, lui, cinq cents pistoles avec son congé.

Le sieur du Cerf était un médecin empirique. Avec une essence de gaïac, dont il faisait un secret, il devait rendre les gens immortels, parce que, soit qu'on en prît intérieurement, ou qu'on s'en frottât extérieurement, il n'y avait point de maladie qui ne dût disparaitre aussitôt. Un des aumôniers de Mme la Dauphine le proposa. Monseigneur voulut le voir et fit dire à Mme la Dauphine qu'il ne lui conseillait pas de se servir de cet homme. Cependant, deux mois après, qui était le jour du décès de Mme la Dauphine, on le vit paraitre, et s'étant fait introduire par le même aumônier, après avoir touché le pouls et le ventre de Mme la Dauphine, il dit qu'il en avait guéri de plus malade qu'elle, et qu'avec un lavement dans lequel il allait mettre son essence, il lui ferait vider toutes les impuretés dont son ventre était farci. Il alla chez M. Riqueur préparer ce lavement; mais quand il revint, il la trouva dans les convulsions de l'agonie, et elle mourut deux heures après. Il s'en retourna à Paris en disant hautement qu'elle ne devait point mourir. Le public n'a pu profiter de ce rare secret qui devait immortaliser les hommes, car lui-même, trois mois après, tomba dans son escalier, et, s'étant blessé, il mourut peu de temps ensuite.

Il y a environ dix ans qu'il parut à Versailles un homme qui disait avoir des secrets particuliers et des purgatifs qui emportaient toutes les maladies. Il trouva de la protection auprès de quelques personnes de la première qualité qui le logèrent au Chenil et qui en parlèrent au roi très avantageusement. Le roi lui fit soigner Mme Durfort, dame d'atours de Madame, pour une douleur de rhumatisme pour laquelle je l'avais saignée deux jours auparavant. Cette dame était replette, grosse et d'une santé à devoir faire l'épitaphe du monde. Le purgatif qu'il lui donna lui causa une diarrhée continuelle avec des douleurs effroyables dans le ventre, qui lui faisaient couler le sang tout pur; elle vida une espèce de boyau de la longueur d'une demi-aune qui fut examiné par les médecins et les chirurgiens de la Cour. On jugea que c'était la membrane interne du rectum et d'une partie de côlon qui s'était séparée et déchirée par la violence de ce remède; et enfin elle mourut après avoir souffert comme une martyre, ce qui fit chasser ce distributeur de remèdes avec défense de ne plus faire le médecin.

Le sieur Bouret est le dernier qui ait paru sur la scène. Il vint, il y a un an environ, à Versailles, avec une composition de pilules qu'il disait merveilleuses pour toutes sortes de maladies. Quelques personnes de qualité en parlèrent à M. Fagon, premier médecin du roi, qui répondit que si ces pilules étaient aussi bonnes qu'on disait, il était juste que le roi fit un présent au sieur Bouret. Le roi ordonna à celui-ci de dire à son premier médecin de quoi elles étaient composées; mais il n'exécuta pas ce que le roi lui avait dit et il garda son secret. Il s'en repentit bientôt, car il tomba malade à Versailles d'une inflammation de bas-ventre. Comme il ne voulut pas se faire saigner, et qu'il ne tenta aucun autre remède que de prendre tous les jours de ces pilules qui augmentèrent tellement l'inflammation de ses entrailles qu'il mourut le quatrième jour de sa maladie, emportant avec lui son secret dans l'autre monde.

Il y a encore des médecins et des chirurgiens qui, pour avoir acquis quelque réputation dans leurs provinces, se persuadent qu'ils brilleront à Paris ou à la Cour. Ils écoutent des amis qui leur disent que s'ils y étaient connus, ils effaceraient tous ceux qui y sont.

Dans cette confiance, ils partent et viennent ici échouer comme on l'a vu assez de fois et comme on le voit encore aujourd'hui par quelques exemples. Je vais vous en rapporter trois ou quatre par où je terminerai cette journée, mais auparavant je vais vous parler du Prieur de Cabrières.

C'était un homme fort charitable qui faisait le mystérieux et fort secret de tout. Il vint à la Cour,

(1) Leçon faite au jardin du roi, vers 1680, sous Louis XIV, dans un cours public, d'opérations de chirurgie, publiée par *l'Echo médical du Nord* (4 septembre) par le Dr Tonnel.

eut quelques conférences avec le roi à qui il déclara son secret pour guérir les descentes. Sa Majesté voulut, par une bonté singulière, se donner la peine de composer elle-même ce remède, et d'en faire distribuer charitablement à tous ceux qui lui en faisaient demander. Ce fut pour lors qu'on découvrit combien de gens étaient affligés de descentes, par le grand nombre de ceux qui venaient demander ce remède.

On s'adressait au premier valet de chambre du roi en quartier, on lui donnait un petit billet de l'âge de celui qui avait besoin du remède ; quelques jours après, on retournait quérir un petit panier d'osier dans lequel il y avait trois bouteilles dont on prenait pendant vingt et un jours. La distribution de ce remède s'est faite pendant cinq années, et quand le prieur de Cabrières mourut, Sa Majesté, immédiatement après sa mort, fit publier la préparation du remède. Voici l'en-tête d'une copie de l'imprimé du roi :

« Remède du prieur de Cabrières, pour les descentes donné au public par la bonté du roi. Les originaux en sont demeurés entre les mains de Sa Majesté. » Ce remède, comme tous les autres, formé d'esprit de sel mêlé dans du vin, a eu une vertu très inégale, et n'est pas infaillible

Je ne veux point causer ici de M. Gendron, docteur en médecine de la Faculté de Montpellier, qui pansa la reine, mère du roi, d'un cancer qu'elle avait à la mamelle, ni de M. Alliot, fils de M. Alliot, médecin de Bar-le-Duc, qu'on fit venir en 1665 pour panser la même reine du même mal, ni de M. Helvétius, connu à Paris sous le nom de médecin hollandais, car je ne veux parler que des morts on des absents. Nous laisserons les autres.

M. Rainfant, médecin de Reims, était regardé comme l'Hippocrate de la Champagne. Il vint à Paris, où il guérissait les descentes par la chirurgie, en ôtant le testicule. Voici comment il s'y prenait : il faisait une incision dans l'aine et faisait sortir par la plaie le testicule enveloppé de ses membranes, sans que les spectateurs eussent pu s'en apercevoir. Il le cachait dans sa main, il le donnait à son chien qui se tenait sous le lit ou sous la table, proche son maître, en attendant ce morceau friand dont il le régalait aussitôt après qu'il en avait fait l'extirpation, à l'insu des assistants qui auraient juré que le patient avait toujours ses parties. A la Cour, où il avait voulu qu'on retînt le boyau de M. le maréchal de Bellefont avec le jabot d'un coq d'Inde dans lequel il soufflait pour le faire enfler, après l'avoir introduit dans l'anus, M. Rainfant, qui avait été un héros dans sa province, ne fut pas même regardé. M. de Louvois lui donna l'emploi de garde de médailles du roi, et dès lors on oublia qu'il eût été jamais médecin.

M. Pallieux, fameux médecin du Languedoc, fut consulté sur la maladie de M. le marquis de Seignelay. Son remède pour y parveuir était l'usage de lait de femme. M. Fagon qui eut quelques conférences avec lui, commença de lui poser des questions qui ne l'embarrassaient pas peu. M. Pallieux ne s'avança pas davantage, car il connut bien qu'il avait affaire à des médecins éclairés, et le lait n'ayant pas réussi, il dit que, cela manquant, il ne savait point d'autre remède. Il demanda son congé quelques jours après et il partit le plus tôt qu'il put dans la résolution de ne plus s'exposer à une si rude épreuve.

Le sieur de Saint-Donat, chirurgien de Cisteron en Provence, où il était estimé et regardé comme très habile, parut à la Cour il y a dix ans. Il débuta par Mme la maréchale de Rochefort, à qui il donna des remèdes pour une espèce de colique néphrétique. Il fut quelque temps à la mode, et il goûta le plaisir de la nouveauté. Mais depuis, ayant échoué contre la maladie de beaucoup d'autres dames, il prit le parti de s'en retourner à Cisteron, se plaignant du mauvais goût du siècle qui ne lui rendait pas la justice qu'il croyait mériter.

Les récits que vous venez d'entendre conduisent à la conclusion que nous devons en tirer, c'est qu'il faut que chacun demeure chez soi, et que quand on a été assez heureux pour se distinguer des autres dans un endroit où il ne manque rien des commodités de la vie, il faut y rester et jouir paisiblement de l'état où on se trouve placé. La Faculté de Médecine de Paris est composée de plus de cent docteurs, tous très habiles, et la Compagnie de Saint-Côme, de plus de deux cents maîtres chirurgiens qui tous ont donné des marques de leur habileté par un chef-d'œuvre de vingt-cinq actes, tant sur la théorie que sur la pratique, qu'ils ont fait avant que d'être incorporés dans cette célèbre Compagnie. Ces deux corps, fertiles en gens doctes et expérimentés, ont toujours surpassé tous les autres de l'Europe ; et tous ceux qui, par un esprit de présomption, se sont voulu mesurer avec eux, ont été obligés d'en reconnaître la supériorité. Il y a eu de tout temps des charlatans, il y en a aujourd'hui plus que jamais et Dieu veuille que le nombre n'en augmente pas pour le salut du public ; mais par le récit fidèle que je viens de faire de ces dix ou douze personnes à secrets, on doit connaître combien il est dangereux de se livrer entre les mains de telles gens qui, tête baissée, entreprennent tout ce qui se présente. Il faut toujours aller à la source. Les médecins et les chirurgiens qui toute leur vie se sont attachés à étudier l'homme et les maladies dont il est attaqué sont plus capables de les guérir que ces gens qui n'ont aucune teinture de ces sciences.

REVUE D'HYDROLOGIE

De l'utilisation des dégagements gazeux des sources thermales.

M. Aubel (de Néris), recueille les gaz, reconnus très radio-actifs, qui se dégagent à la surface des sources de Néris, les renferme dans une bouteille métallique, pour les diffuser dans un bain d'eau de Néris, de façon à obtenir une eau sursaturée de ces gaz, et à en étudier l'action physiologique et thérapeutique comparativement à celle de l'eau du griffon.

Ses conclusions sont : 1° que les dégagements des sources thermales peuvent être facilement utilisés dans la plupart des stations, en en particulier dans les stations où le traitement externe est le plus important ; 2° qu'à Néris, l'emploi de ces gaz en bains et douches, en renouvelant la stimulation et la sédation du début de cure, paraît accroître l'action physiologique des eaux minérales ; 3° que cette action paraît due à l'exaltation des propriétés physiologiques des éléments minéraux plutôt qu'à l'action directe de la radio-activité des gaz sur l'organisme.

M. Piatot, s'appuyant sur des recherches faites à Bourbon-Lancy sur l'air des galeries de l'Etablissement thermal, estime que c'est par l'inhalation qu'on peut espérer se rendre compte des propriétés des gaz émanés des sources thermales, et c'est peut-être bien par l'inhalation que les malades de M. Aubel, plongés dans des bains sursaturés, ont éprouvé des effets spéciaux.

Il est, d'autre part, assez difficile de recueillir dans les sources des quantités de gaz pratiquement utilisables, même quand ces sources sont très riches, comme l'est la source du Lymbo, à Bourbon-Lancy.

(*Soc. d'Hydrol. médicale.*)

REVUE DU LABORATOIRE

L'albumino-réaction des crachats, par le Docteur EUGÈNE LEDOUX (*Rev. Méd. de la Franche-Comté*).

Le diagnostic de la tuberculose pulmonaire — surtout au début de cette affection — est parfois difficile. Il y a des tuberculeux non bacillaires ; chez eux l'examen bactériologique des crachats est négatif. L'ophtalmo-réaction est presque partout abandonnée. L'intra-dermo-réaction donne des résultats parfois équivoques. La tuberculino-diagnostic demande une minutie et une surveillance impratique pour le praticien. Impratique aussi pour le médecin, le séro-diagnostic d'Arloing.

Depuis plus d'un an, depuis la communication de MM. Roger et Levy-Valensi, les recherches relatives à l'albumino-réaction des expectorations se sont multipliées. On peut aujourd'hui avoir une opinion sur la valeur de cette recherche si simple. Tous les auteurs qui s'en sont occupés sont d'accord pour reconnaître qu'elle peut rendre des services sinon pour permettre de diagnostiquer la tuberculose pulmonaire, du moins pour constituer — lorsqu'elle est positive — un élément important d'un diagnostic souvent difficile.

Voici la technique recommandée par MM. Roger et Levy-Valensi. Recueillir les crachats dans un récipient sec. Rejeter les crachats ayant séjourné dans le récipient pendant plus d'un jour et les crachats sanglants. Mélanger les crachats d'une quantité équivalente d'eau et triturer la masse avec une baguette de verre, ajouter quelques gouttes d'acide acétique pour coaguler le mucus. C'est le temps difficile de l'examen. Trop d'acide acétique pourrait empêcher la précipitation ultérieure de l'albumine. Trop peu laisserait passer le mucus. « Pour éviter toute erreur, on fera bien quand on aura filtré le liquide, d'y verser encore une ou deux gouttes d'acide acétique. Si le mucus est totalement coagulé aucun trouble ne se produira. »

Après avoir versé dans la masse quelques gouttes d'acide acétique, on filtre sur un papier à filtrer ordinaire. Puis on recherche sur le liquide filtré l'albumine, soit par la chaleur, soit par le ferrocyanure de potassium.

Si l'on utilise la chaleur on ajoutera au liquide quelques grains de sel marin ; avec l'autre méthode on laisse couler doucement le filtratum dans un tube à essai qui contient 1 cc. de la solution de ferrocyanure. S'il y a de l'albumine il se forme un anneau blanchâtre à la séparation des deux liquides.

Le Dr Lesieur de Lyon préconise l'acide nitrique pour la recherche de l'albumine dans les crachats. Le liquide filtré est versé dans un verre à pied incliné. On fait couler doucement de l'acide sur la paroi du verre. A la surface de séparation des deux liquides, il se forme un disque bleuâtre albumineux.

Quelle que soit la technique employée, les résultats sont concordants.

Ces résultats quels sont-ils ? on peut s'en rendre compte en consultant les statistiques de MM. Roger et Levy-Valensi portant d'abord sur 82 malades, puis sur 43 ; de Mlle Vourmann portant sur 79 malades, d'Oddo et Gachet sur 29 malades, de Roger et Mikhaïloff (de Montpellier) sur 60 malades, de Cornu sur 50 malades, de Costa, de Ronlet, 118 tuberculeux, de Mongour et Darasse, de Dieudonné, de Lesieur avec 190 observations et le tout récent article de MM. Gantz et Hertz qui rapporte les résultats de 125 examens.

Nous ne ferons que reproduire les conclusions de MM. Roger et Levy-Valensi. Elles concordent du reste avec toutes les observations publiées postérieurement à leurs communications : « La recherche de l'albumine permet de distinguer les expectorations en deux grands groupes : Les unes ne contiennent pas d'albumine : elles sont dues à une sécrétion plus ou moins abondante de la muqueuse bronchique et sont en rapport avec la bronchite simple, aiguë ou chronique, et avec l'emphysème pulmonaire. Les autres qui contiennent de l'albumine, traduisent un processus plus profond ; elles doivent être rattachées à une inflammation ou à une exsudation ; elles permettent d'éliminer le diagnostic de bronchite simple. »

En résumé, dans quelles affections observe-t-on l'albumoptysie et quelle est la signification de ce symptôme ?

Ce symptôme signifie l'existence d'un processus inflammatoire ou traduit un œdème pulmonaire « même au faible degré ».

L'albumoptysie s'observe d'une façon presque toujours très intense dans la tuberculose pulmonaire bacillaire (100 pour 100). Elle existe

dans 85 pour 100 (Lesieur) des tuberculoses pulmonaires probables (non bacillaires). L'albumoptysie s'observe dans la pneumonie, l'embolie pulmonaire, dans la congestion pulmonaire, dans les œdèmes pulmonaires.

La recherche est négative dans les bronchites simples, dans l'emphysème pulmonaire, dans les bronchites chroniques non tuberculeuses, dans la granulie, dans les pleurésies, dans les expectorations asthmatiques, chez les typhiques.

L'intensité de l'albumoptysie est en rapport, jusqu'à un certain point, avec l'importance et la gravité des lésions tuberculeuses (Lesieur). L'albumoptysie disparaît lorsque la tuberculose pulmonaire entre dans la voie de la guérison (Lesieur, Ganz et Hertz).

Cette recherche aurait donc une valeur tout à la fois diagnostique et pronostique.

J'ai cherché pour ma part à contrôler les conclusions des nombreux auteurs qui s'étaient occupés de cette intéressante question.

J'ai fait pratiquer ou pratiqué moi-même la recherche de l'albumoptysie chez 20 malades du service de médecine de l'hôpital Saint-Jacques. Au hasard de mes observations, voici mes résultats :

1° Tuberculose pulmonaire ...	+ très nette.
2° Id.	+ très nette.
3° Id.	+ très nette.
4° Id.	+
5° Id.	+ très nette.
6° Bronchite simple	—
7° Tuberculose probable	Réact. douteuse.
8° Emphysème pulmonaire...	—
9° Emphysème bronchite chronique	—
10° Artério-sclérose, emphysème bronchite capillaire...	—
11° Bronchite aiguë	—
12° Tuberculose pulmonaire...	+ très nette.
13° Id.	+
14° Id.	+
15° Id.	+
16° Id.	+
17° Congestion pulmonaire....	+
18° Bronchite chez un alcoolique	Très douteuse.
19° Cholécystite, bronchite chronique	—
20° Emphysème pulmonaire..	—

Je crois donc pouvoir confirmer, à la suite de 20 examens seulement, les conclusions des auteurs précités. Il m'a paru, de même, que la réaction était d'autant plus intense, que plus graves étaient les lésions de la tuberculose pulmonaire. La recherche de l'albumine des expectorations s'impose donc aujourd'hui en raison des intéressantes déductions qu'on peut en tirer tant pour établir un diagnostic que peut-être pour évaluer la gravité pronostique d'une lésion pulmonaire tuberculeuse.

CARNET DU PRATICIEN

Eczéma aigu

Le *traitement* de l'eczéma sera avant tout *général*. Il faut modifier le vice de nutrition qui commande l'éruption cutanée. Les arthritiques useront des alcalins : du bicarbonate de soude, du benzoate de soude, des eaux minérales alcalines. Les lymphatiques prendront de l'huile de foie de morue, du sirop iodo-tannique, du sirop d'iodure de fer et des eaux sulfureuses. Dans les eczémas prurigineux, on pourra ordonner les arsenicaux qui réussissent mal dans les autres formes. Le régime alimentaire sera surveillé de très près. Il consistera dans la suppression des excitants, du gibier, de la charcuterie, des fromages fermentés, des boissons alcooliques, du thé, du café. Le régime lacté exclusif pourra être employé dans l'eczéma prurigineux. Le malade mènera une vie calme, ne se fatiguera pas ; les voyages produisent souvent une détente salutaire.

Dans le *traitement local*, il faut commencer par ne pas nuire et se méfier des topiques trop actifs (orthoforme).

En général, on traite l'eczéma aigu par les *applications humides* : cataplasmes froids de fécule, compresses de tarlatane imbibées d'eau bouillie et couvertes de toile imperméable. Précaution à prendre : *ne jamais ajouter d'antiseptiques*. Le sublimé, l'acide phénique, l'acide borique ne valent rien. Les tissus de caoutchouc peuvent être utilisés : calottes de caoutchouc pour la tête, suspensoirs pour le scrotum, doigtiers.

Une fois les croûtes tombées ou poudre ; l'amidon soulage mieux, mais il fermente. Les poudres minérales : talc, oxyde de zinc, sous-nitrate de bismuth, ont l'inconvénient de ne pas soulager aussi bien, mais elles ne fermentent pas. Dans les cas d'eczéma généralisé, on peut étendre une nappe de poudre sur un drap mobile dans le lit. Le malade s'enroule dans son drap.

Quand l'inflammation est tombée, on commence l'emploi des pâtes et des pommades. On se souviendra que les pommades sont susceptibles de faire beaucoup de mal. Elles peuvent ramener un état aigu, en emprisonnant le liquide au-dessous d'elle. La pommade vulgaire :

Oxyde de zinc..............	6 grammes
Vaseline..................	25 —

est responsable de bien des aggravations. La nature de l'excipient n'est pas indifférente. La vaseline est plus irritante que le cold-cream ou l'axonge.

Les pâtes renferment une quantité de poudre bien plus considérable. Grâce à cette densité plus forte, les liquides cutanés filtrent par capillarité à travers les pâtes et la décongestion des tissus s'opère plus aisément. En plus, la pâte réalise un enduit protecteur sur les tissus enflammés. On connaît la pâte de Lassar :

Oxyde de zinc.............	parties égales
Amidon.....................	—
Lanoline...................	—
Vaseline...................	—

La formule suivante est également recommandable :

Oxyde de zinc.............	10 grammes
Terre fossile..............	2 —
Axonge benzoïnée.........	28 —

On peut ajouter à cette pâte une certaine quantité de craie préparée (5 gr. environ).

La pâte est étalée avec du coton. Le pansement est fait matin et soir. Se rappeler que la pâte ne s'enlève pas avec des liquides. Il faut l'enlever avec du cold-cream. On relait ensuite une nouvelle application.

Quand le mieux sera manifeste, alors seulement on pourra user de pommades :

Cold-cream.................	20 grammes
Glycérine neutre..........	9 —
Oxyde de zinc..............	1 —
Teinture de benjoin.......	XV gouttes

La teinture de benjoin surajoutée jouit des propriétés antiprurigineuses.

Dans l'*eczéma impétigineux*, on peut user de substances plus actives :

Huile de cade..............	2 gr. à 5 gr.
Glycérole d'amidon........	30 grammes
Savon noir..................	Q. S.

Pour émulsionner.

Ou bien :

Précipité jaune...........	0 gr. 50 à 1 gr.
Cérat.........................	20 grammes

Dans l'*eczéma chronique*, on emploiera des pommades qui pénètrent plus profondément.

L'acide salicylique à 1/40 ;

Le nitrate d'argent à 1/50, 1/30, 1/10 ;

L'huile de cade à 1/3 ou 1/4 ;

L'acide pyrogallique à 5/100 (dangereux, en raison de sa toxicité) ;

L'acide chrysophanique à 1/50 (irritant) ;

L'ichtyol à 1/3 ;

La résine à 1/3.

Les *emplâtres* sont surtout utiles par l'occlusion qu'ils réalisent. L'emplâtre de Vidal, au minium et au cinabre, est d'un usage courant. Les *bains* sont utiles sous forme de bains sulfureux.

L'*eczéma séborrhéique* est très tolérant. On le traitera par les pommades au calomel, à l'acide salicylique, à la résorcine (1/20 à 1/40). Le souffre peut être considéré comme l'agent spécifique de l'eczéma séborrhéique :

Soufre précipité...........	2 grammes
Oxyde de zinc..............	2 —
Lanoline....................	100 —
Huile d'amandes douces....	100 —

L'*eczéma des lèvres* se rencontre chez les strumeux : huile de foie de morue et pommade au précipité jaune.

L'*eczéma des narines* sera lotionné avec l'eau d'Alibour à 1/3 (l'eau d'Alibour renferme, pour 600 grammes d'eau distillée camphrée et filtrée, 7 gr. de sulfate de zinc et 2 grammes de sulfate de cuivre).

L'*eczéma de la barbe* se complique souvent de folliculite. La pommade cadique, l'épilation, parfois la scarification en quadrillé au niveau des indurations ou même les attouchements de la pointe du galvano-cautère viendront à bout de la maladie.

L'*eczéma du sein* est spécial à la femme. Il s'observe pendant la grossesse, l'allaitement, s'observe pendant la gale. Les badigeonnages au nitrate d'argent sont indiqués ; de même les pommades à l'huile de cade ou de résorcine.

L'*eczéma de l'anus et des parties génitales* se traite par des applications de cataplasmes, d'eau bouillie, des poudrages, des lotions de l'acide cyanhydrique à 1/1000, au chloral, à l'acide phénique (1/200). Des tampons couverts de poudres isolantes seront interposés entre les plis irrités ; on utilisera les suppositoires à l'extrait thébaïque. Avant tout on procédera à l'examen des urines. Cette localisation de l'eczéma est, en effet, très fréquente chez les diabétiques. Le traitement général du diabète amène très vite la régression de ces eczémas locaux.

L'*eczéma variqueux* se trouvera bien du repos dans la position horizontale, de la surélévation du membre, de la compression, des badigeonnages avec une solution de nitrate d'argent.

Dans l'*eczéma corné des mains et des pieds*, il faut commencer par ramollir la corne à l'aide d'émollients, de gants de caoutchouc. Quand le ramollissement sera opéré, alors seulement on emploiera les réducteurs : acide salicylique ou ichtyol.

Dr JEANSELME.

Pellicules

Faire dissoudre dans un demi-verre d'eau tiède gros comme une noix de carbonate de soude du commerce et laver le cuir chevelu tous les matins avec cette solution ; sécher, puis faire des frictions avec :

Teinture de Quillaya sapon..	100 grammes
Teinture de Jaborandi.......	100 —
Essence de Néroli...........	Q. s.

Le chlorhydrate et le nitrate de pilocarpine, qui ont été essayés contre les alopécies en injections sous-cutanées (Wolf) au niveau du cuir chevelu, méthode dangereuse, peuvent être utilisés efficacement en solution sous forme de lotions alcooliques. Cette formule de Brocq est couramment employée contre l'alopécie des convalescents :

Alcool à 90°................	80 grammes
Alcool camphré..............	5 —
Rhum.........................	5 —
Teinture de Cantharides....	5 —
Glycérine....................	5 —

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 17.500 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. BUREAU), 33, rue J.-J. Rousseau

Le Gérant : Docteur LUCIEN-GRAUX.

CHEMIN DE FER DU NORD

Stations balnéaires et thermales

Du jeudi précédant les Rameaux au 31 octobre, toutes les gares du chemin de fer du Nord délivrent des billets à prix réduits, à destination des stations balnéaires et thermales du réseau, sous condition d'effectuer un parcours minimum de 100 kilomètres aller et retour.

Billets collectifs de famille, valables 33 jours, prolongeables pendant une ou plusieurs périodes de quinze jours (Réduction de 50 0/0 à partir de la 4e personne);

Billets hebdomadaires et carnets d'aller et retour individuels, valables cinq jours, du vendredi au mardi et de l'avant-veille au surlendemain des fêtes légales (Réduction de 20 à 44 0/0);

Les carnets contiennent 5 billets d'aller et retour qui peuvent être utilisés à une date quelconque dans le délai de trente-trois jours;

Cartes d'abonnement, valables trente-trois jours, (Réduction de 20 0/0 sur le prix des abonnements ordinaires d'un mois) à toute personne prenant deux billets ordinaires ou moins ou un billet de saison pour les membres de sa famille.

Pour les stations balnéaires seulement :

Billets d'excursion, individuels ou de famille de 2e et 3e classes, des dimanches et jours de fêtes légales, valables une journée dans des trains désignés (Réduction de 20 à 70 0/0).

Pour tous renseignements, consulter le livret-guide Nord ou s'adresser dans les gares et bureaux de ville de la Compagnie.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

Relations entre Paris et l'Italie

PAR LE MONT-CENIS

ALLER (départ de Paris): 2 h. 30 soir, V.-L. ; L.-S. : 1re et 2e classes jusqu'à Turin.

ALLER : 10 h. 30 soir, V.-L.; 1re et 2e jusqu'à Rome. L.-S. jusqu'à Modane.

RETOUR (départ de Rome) : 9 h. 15 soir, V.-L.; 1re et 2e classes depuis Turin; L.-S.; 1re classe, depuis Modane.

RETOUR : 8 heures matin, V.-L.; L.-S.; 1re et 2e classes depuis Turin; V.-R. depuis Dijon.

RETOUR : 2 h. 40 soir, 1re et 2e classes depuis Rome.

VILLES DE SAISON

CE QUI SE PASSE

Cours d'hydrologie

M. le docteur Allyre Chassevant, agrégé, a commencé une série de quinze conférences d'hydrologie le lundi 6 mars à 4 heures au petit amphithéâtre de la Faculté, et les continuera les mercredi, vendredi et lundi suivants à la même heure, jusqu'au 7 avril.

Nota. — Ces conférences sont le complément des conférences de crénothérapie faites pendant le semestre d'hiver par le docteur P. Carnot, agrégé.

Sujet des conférences : Notions élémentaires de géologie, Origine synthèse et diagnose des eaux minérales, Répartition et rapports géologiques d's sources, Captage et ménagement, Propriétés physiques et chimiques des eaux minérales, Thermalité, Pression osmotique, Ionisation, Conductibilité électrique, gaz rares, radioactivité.

Analyse des eaux minérales, Classification, Propriétés pharmacologiques.

Identification, Variation, Altération, Conservation des eaux minérales transportées.

Nous attirons toute l'attention de nos lecteurs et notamment de nos abonnés, médecins d'eaux, sur ce cours dont l'intérêt ne leur échappera pas. On sait la haute valeur scientifique des leçons de notre éminent maître.

Groupe thermal interparlementaire.

Le Bureau du groupe thermal interparlementaire est ainsi composé :

Président : M. Astier, sénateur ; vice-présidents : MM. Pédebidou, sénateur ; Schmidt, député ; secrétaires : MM. Cachet, sénateur, Jacquier, député.

Sénateurs (membres) : MM. Comte d'Alsace, Vosges ; Astier, Ardèche ; Pierre Baudin, Ain ; Bepmale, Haute-Garonne ; Alexandre Bérard, Ain ; Boissy d'Anglas, Ardèche ; Bony-Cisternes, Puy-de-Dôme ; Cachet, Orne ; Charles Chabert, Drôme ; Chauveau, Côte-d'Or ; Clémenceau, Var ; Jean Dupuy, Hautes-Pyrénées ; Empereur, Savoie ; Fougeirol, Ardèche ; Gacon, Allier ; Gauthier, Aude ; Genoux, Haute-Saône ; Grosjean, Doubs ; Eugène Guérin, Vaucluse ; Jeanneney, Haute-Saône ; Louis Blanc, Drôme ; Achille Maureau, Vaucluse ; J. Mercier, Haute-Savoie ; Milliès-Lacroix, Landes ; Pédebidou, Hautes-Pyrénées ; Reymonenq, Var ; Gustave Rivet, Isère ; Sauvan, Alpes-Maritimes ; G. Trouillot, Jura.

Députés (membres) : MM. Baduel, Cantal ; Armand Bory, Cantal ; Bollet, Ain ; Barthou, Basses-Pyrénées ; Borrel, Savoie ; Paul Bourély, Ardèche ; Bozonet, Ain ; Emm. Brousse, Pyrénées-Orientales ; Beauquier, Doubs ; Chamerlat, Puy-de-Dôme ; Chanlet, Landes ; Félix Chautemps, Savoie ; Clémentel, Puy-de-Dôme ; Cuny, Vosges ; Fernand David, Haute-Savoie ; Devèze, Gard ; Douadei, Alpes-Maritimes ; Gaston-Dreyt, Hautes-Pyrénées ; Paul Dupuy, Hautes-Pyrénées ; Pierre Dupuy, Gironde ; Charles Dumas, Allier ; Fabre, Puy-de-Dôme ; Emile Faure, Haute-Savoie ; Fite, Hautes-Pyrénées ; Flayelle, Vosges ; De Contaut-Biron, Basses-Pyrénées ; Pierre Goujon, Ain ; Garat, Basses-Pyrénées ; Haudos, Marne ; D'Iriart d'Etcheparre, Basses-Pyrénées ; Jacquier, Haute-Savoie ; Landry, Corse ; André Lefèvre, Bouches-du-Rhône ; Maisou, Puy-de-Dôme ; Manant, Pyrénées Orientales ; Marrou, Puy-de-Dôme ; Massabuau, Aveyron ; Marc Mathis, Vosges ; Mille, Allier ; Millevoye, Seine ; Nogués, Hautes-Pyrénées ; général Pédoya, Ariège ; Perrier, Isère ; Picard, Vosges ; Pourquery de Boisserin, Vaucluse ; Dominique Pugliesi Conti, Corse ; Pujade Pyrénées-Orientales, Python, Puy-de-Dôme ; Th. Reinach, Savoie ; Renard, Nièvre ; Albin Rozet, Haute-Marne ; Marc Sanzet, Ardèche ; Schmidt, Vosges ; Viard, Haute-Marne.

ÉCHOS

Ministère de l'Intérieur.

Il est institué une Commission chargée de rechercher quelles mesures pourraient être prises en vue de protéger la santé publique à l'égard des émigrants en ce qui concerne soit leur entrée en France, soit leurs conditions de transport, soit leur séjour dans les villes.

Cette Commission est composée ainsi qu'il suit : Président : M. Cordelet, vice-président du Sénat, président de la Commission d'hygiène du Sénat ; vice-président : M. Dislère, président de section au Conseil d'Etat ; membres : MM. Lachaud, président de la Commission d'hygiène de la Chambre des députés ; Siegfried et Thierry, députés ; Lépine, préfet de police ; les maires de Marseille et du Havre ; les directeurs des Compagnies de l'Est et du P.-L.-M. ; le président du Comité Central des armateurs de France ; les directeurs des Compagnies Générale Transatlantique et des Messageries Maritimes ; Aynard, conseiller commercial et financier du Ministère des Affaires étrangères ; Bresse, directeur du contrôle du réseau de l'Etat ; le professeur Chantemesse, conseiller technique sanitaire du Ministère de l'Intérieur ; Deligne, directeur des Affaires civiles et du sceau au Ministère de la Justice ; le docteur Dubief, médecin-inspecteur principal des épidémies de la Préfecture de police ; le docteur Faivre, inspecteur général des services administratifs ; Fouau, ingénieur en chef du service de l'exploitation du réseau de l'Etat ; Harismendy, consul de première classe ; Hennequin, sous-directeur au Ministère de l'Intérieur ; Hennion, directeur de la Sûreté générale ; Mirman, directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques ; le docteur Pottevin, secrétaire général de l'Office International d'Hygiène ; le docteur Renault, conseiller technique sanitaire du Ministère de l'Intérieur ; Roux, sous-directeur au Ministère de l'Intérieur ; le professeur Thoinot, inspecteur général des services techniques d'hygiène de la Préfecture de police ; de Volontat, directeur du contrôle de la Compagnie de l'Est.

MM. Bransoullé et Coussol, chefs de bureau au Ministère de l'Intérieur, sont nommés secrétaires de la Commission.

Hôpitaux de Paris. *(Concours d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux).*

Le jury est provisoirement composé de MM. Lermoyez, Sébileau, Lombard, Monod, Darier et Launois.

Candidats. — MM. Baldenweck, Blanluet, Hautant, Grivot et Laureus.

Les étudiants réclament. — Leur exclusion de certains services

Un récent décret du ministre de l'Intérieur vient de décider que les étudiantes pourraient seules être admises aux concours d'internat de l'asile des femmes convalescentes du Vesinet, qui vient d'être réorganisé.

Les étudiants en médecine protestent très vivement contre cette exclusion, d'autant plus vivement qu'on leur a assuré qu'une semblable mesure allait être prise pour le concours des services de la Maternité.

A l'Association corporative des étudiants en médecine, rue Dante, l'un des membres du comité a fait les déclarations suivantes à ce sujet :

« Nous ne pouvons admettre une exclusion de ce genre, d'autant moins qu'elle n'a été justifiée par aucun fait qui puisse être reproché aux internes. Nous admettons très volontiers que les étudiants et les étudiantes soient traitées sur le mode d'égalité dans tous les concours. Mais nous ne pouvons admettre d'être exclus de certains concours, alors que les étudiantes peuvent être admises dans tous les services. Il faudrait donc, si nous sommes exclus des services de femmes, que les étudiantes ne soient plus admises dans les services où il y a des hommes.

» Mais nous ne réclamons pas cela, car il y a ici une question plus grave. On nous exclut ou on veut nous exclure de services, comme celui de la Maternité, qui nous sont tout à fait nécessaires. Nous devons savoir traiter les maladies des femmes ou les accouchements, comme les futurs femmes-médecins. C'est une évidence sur laquelle nous n'avons pas besoin d'insister.

— Alors que demandez-vous ?

— Que le récent décret ministériel soit rapporté tout simplement, et par suite qu'il ne puisse servir de précédent. Tous les étudiants en médecine, comme tous les médecins, sont absolument d'accord sur ce point. Nous devons même ajouter que nos camarades étudiantes, qui veulent des droits et non des faveurs, se joignent à nous pour réclamer l'abrogation de ce décret.

Comment mourut le docteur Mesny.

Le ministre de la Guerre vient de recevoir le rapport du capitaine Collardet, notre attaché militaire en Chine, au sujet des circonstances qui ont accompagné la mort du docteur Mesny, médecin-major des troupes coloniales, lequel a, comme on sait, succombé à la peste le 13 janvier dernier, à Kharbine. Par lettre ci-jointe adressée par M. Romero, agent consulaire de France à Kharbine au consul à Moukden, on peut se rendre compte de l'admirable courage dont notre malheureux confrère a donné un exemple magnifique :

Kharbine, le 10 janvier 1911.

» Hier, j'avais l'honneur de vous faire savoir qu'on m'avait signalé la présence d'un docteur français ici, mais que je ne l'avais pas vu. J'étais loin de me douter que notre entrevue arriverait si tôt et en quelles circonstances. La police ayant requis ma présence, je suis allé immédiatement au Grand Hôtel où le docteur Mesny demeurait, là, le docteur russe, qui était arrivé, m'a déclaré que son collègue était atteint de la peste et que toute communication étant interdite, je pouvais causer avec lui dans la rue à deux mètres de distance, j'attends donc devant l'hôtel par la porte duquel sortait, cinq minutes après, encadré de quatre infirmiers, mais alerte et souriant, notre malheureux compatriote.

» Le docteur me place à la distance voulue et M. Mesny me déclara qu'il avait, selon toutes probabilités, deux jours encore à vivre et qu'il avait fait son testament, qu'il me priait de certifier après que ses papiers et ses effets auraient été désinfectés : qu'il ne désirait pas que sa famille fut informée pour le moment, et me faisait ses excuses de ne pas être venu me voir, mais il craignait de m'apporter la maladie. Il ajouta, souriant : « Je ne vous dis pas au revoir, mais adieu » et entra dans la voiture d'ambulance qui l'emportait à l'hôpital.

» Je dois vous avouer que j'ai été ému jusqu'aux larmes de voir un homme si jeune, si résolu et si courageux, prendre son parti si bravement.

« Signé : ROMERO. »

Distinctions honorifiques.

Sont nommés dans l'ordre du Mérite agricole :

Au grade d'officier. — M. le docteur Magniu [P.-L.-F.] (de Paris).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Auveray (de Dives-sur-Mer), Bernard (de Juvisy), Christen (de Versailles), Demonchy et Gardette (de Paris), Lebron (de Mayet-de-Montagne), Miquel et Paul (de Paris), Petit (de Château-Thierry), Podevin (de Paris), Savorain, médecin-major à l'école de Joinville.

REVUE FINANCIÈRE

La Bourse est hésitante en ce moment attendant les actes du nouveau ministère. La Rente et les banques surtout sont indécises. L'Union Parisienne a baissé d'une façon sensible à 1.148. La Société Générale est faible à 780. Ces deux valeurs intéressantes au cours actuel vont sûrement monter.

L'Extérieure a été l'objet d'un vif mouvement de reprise à 97.25.

Les Chemins se sont tassés sur le bruit de la réintégration des cheminots.

Le Nord a été ramené de 1.532 à 1.512, le Lyon de 1.168 à 1.154, l'Orléans de 1.265 à 1.249.

Le Conseil d'administration a décidé de proposer à l'assemblée du 30 mars la fixation à 59 fr. du chiffre du dividende pour 1910.

Le Midi a reculé de 1.030 à 1.020.

L'Est est revenu de 875 à 870, l'Ouest s'est raffermi de 940 à 947.

Le marché du cuivre demeure plus qu'hésitant. Aussi le Rio s'inscrit-il à 1.705, sans orientation bien définie. Le Boléo varie peu à 789. Le Nickel est à 835 ; l'assemblée générale des actionnaires aura lieu le 27 mars courant.

Les valeurs métallurgiques ont conservé leur fermeté. Micheville a même réalisé un nouveau progrès et s'inscrit à 1.500. Denain-Anzin est également en avance sensible à 2.245.

Les sucreries d'Egypte se sont tassées à 83 et 86 fr. Elles ne peuvent que reprendre de l'avance prochainement. Les bénéfices se sont élevés à 3.494.000 fr. en 1909-10 contre 1.062.000 fr. en 1908-09 et 967.007 fr. en 1907-08. Ces résultats permettent d'escompter une large plus-value.

Comme nous l'avons fait présager, les Motor-Cab sont en vive reprise d'une dizaine de francs. Cette hausse ne fait que commencer.

Les valeurs industrielles russes sont en meilleure posture qu'au moment de la liquidation. La Hartmann va encore progresser ainsi que le Platine. Les valeurs de caoutchouc sont toujours soutenues. Il faut, néanmoins, être prudent.

A. S. WEIL.

82e Année (Série XIIIe) — N° 85 | Le Numéro : 25 Centimes | Mercredi 15 Mars 1911

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

Abonnements et Vente au Numéro
Librairie Médicale J. ROUSSET
1, Rue Casimir-Delavigne
PARIS

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale......... 15 fr.
Édition Espagnole .... 10 fr.
Édition Portugaise.... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

DIRECTION & RÉDACTION
11 bis, Rue Villehois-Mareuil, PARIS
DIRECTEUR :
Dr LUCIEN GRAUX
Lauréat de l'Institut

Ancienne *Gazette de Santé*
(139e Année)

Hors concours, Membre du Jury
Exposition franco-britannique 1908
Vice-Prés. Expos. Bruxelles Cl. 16

ÉCHOS

Nos amis.

Nous apprenons avec grand plaisir que notre ami M. Bonnier, membre du Comité de rédaction de la *Gazette médicale de Paris*, vient d'être nommé directeur des services d'architecture et des promenades de Paris.

École du service de santé.

Un décret en date du 21 février dispose que nul ne peut être admis au concours s'il n'a préalablement justifié :

1° Qu'il est Français ou naturalisé Français;

2° Qu'au 1er octobre de l'année du concours, il a eu dix-huit ans au moins, et vingt-quatre, vingt-cinq, vingt-six ans au plus, selon qu'il possède quatre, huit ou douze inscriptions, valables pour le doctorat en médecine;

3° Qu'il a été vacciné avec succès ou qu'il a eu la petite vérole;

4° Qu'il est robuste, bien constitué et qu'il n'est atteint d'aucune maladie ou infirmité susceptible de le rendre impropre au service militaire;

5° Qu'il est pourvu du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles institué par le décret du 31 juillet 1893.

Toutes ces conditions sont de rigueur et aucune dérogation ne peut être autorisée.

Les étudiants en médecine présents sous les drapeaux sont autorisés à concourir dans les mêmes conditions d'âge et de scolarité que les autres candidats.

Par décision ministérielle du 21 février 1911, le nombre des élèves à admettre à l'école du service de santé militaire, à la suite du concours de 1911, est fixé à 120.

Conformément aux dispositions du décret du 21 février 1911, les étudiants à quatre, huit et douze inscriptions valables pour le doctorat en médecine seront admis à concourir dans les conditions d'âge imposées par le décret susvisé.

Ils seront répartis, selon leur nombre d'inscriptions, entre les trois divisions de l'école.

Les élèves qui n'auront pas accompli l'année de service prescrite par la loi du 21 mars 1905 passeront un an dans un corps de troupe préalablement à leur entrée à ladite école.

Les élèves démissionnaires seront remplacés avant l'ouverture des cours par d'autres élèves pris dans l'ordre de la liste de classement du concours.

Le ministre se réserve de réduire le nombre des admissions si la moyenne des examens est jugée insuffisante, ou de l'augmenter par une liste supplémentaire si les circonstances exceptionnelles suivantes : guerre création d'unités ou de services, causaient dans les cadres des déficits imprévus.

Association d'Enseignement Médical Professionnel (*Cours de vacances, 10e année*).

L'Association organise, chaque année, deux séries de cours de vacances. Dans ces cours de revision et de perfectionnement, les médecins praticiens et les étudiants trouveront les éléments essentiellements pratiques des méthodes cliniques et thérapeutiques spéciales aux principales branches de la médecine et de la chirurgie. Les deux séries ont lieu : l'une à Pâques (quinzaine de Pâques), l'autre à la fin des grandes vacances (deux dernières semaines de septembre).

La prochaine série aura lieu du lundi 10 avril 1911 au samedi 22 avril avec le programme suivant :

A 8 h. — Dr Leredde. — Thérapeutique, dermatologique et syphiligraphique.
A 8 h. — Dr Perruchet. — Chirurgie générale, fractures, antoplasties, hernies, appendicites, etc...
A 9 h. 1/2. — Dr D'Herbecourt. — Examen, diagnostic et traitement des affections gynécologiques.
A 9 h. 1/2. — Dr Audistère. — Etude clinique des maladies du cœur et du poumon.
A 10 h. 1/2. — Dr Caboche. — Examen, diagnostic et thérapeutique des maladies du nez, du larynx et de l'oreille.
A 11 h. — Dr Pasteau ou Dr Lavenant. — Séméiologie des urines, urétrites, cystites, affection du rein. Les différents cathétérismes.
A 11 h. — Dr Rousseau-Decelle. — Stomatologie.
A 2 h. 1/2 et 9 h. 1/2 du soir. — Dr Delherm. — Electrothérapie, radiothérapie, thermothérapie.
A 4. h. — Dr Paul Barbarin ou Dr Judet. — Clinique chirurgicale des maladies infantiles, orthopédie pratique.
A 5 h. — Dr Dubrisay. — Présentations et positions. Hémorragies, infections, opérations et manœuvres obstétricales.
A 5 h. — Dr de Font-Reaulx. — Méthodes de diagnostic et de traitement des principales affections oculaires.
A 5 h. — Dr E. Agasse-Lafont. — Maladies de l'appareil digestif.
A 6 h. — Dr Menier. — Examen, diagnostic et thérapeutique des maladies du nez, du larynx et de l'oreille.

N.-B. — Le Dr Leredde fera le jeudi 20, le vendredi 21 et le samedi 22 avril, à 4 h. 1/2 aux Sociétés Savantes, trois conférences gratuites réservées aux élèves de tous les cours sur le traitement de la syphilis.

Les cours qui ont deux titulaires seront faits en général par l'un d'eux seulement.

S'inscrire : 1° Par correspondance auprès de M. Monly, 28, rue Serpente (Sociétés Savantes) : 2° le samedi 8 avril de 2 h. à 4 heures, aux Sociétés Savantes, où seront distribuées les cartes d'admission aux cours.

Le droit d'inscription est de 25 francs pour chaque cours qui comprendra de 9 à 12 leçons. Tous les cours commenceront le lundi 10 avril, aux heures indiquées et seront terminés le samedi 22 avril.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. Monly, 28, rue Serpente. Envoi du programme détaillé sur demande.

Le tir sur les cadavres.

Dans la discussion du budget de l'armée au Reichstag, un député a demandé s'il est vrai qu'à Spandan des soldats aient tiré sur des cadavres. Le général de brigade Wandel, directeur au ministère, a fait la réponse suivante :

« Il y a quelques années, des exercices de tir sur des cadavres ont eu lieu à Spandan pour s'assurer de la force de pénétration des armes modernes ; ces essais, qui ont eu lieu, d'ailleurs sur des pièces anatomiques et non sur des cadavres nus, sont indispensables dans l'intérêt de la chirurgie en temps de guerre. Pas un des tireurs ne voyait quelque chose de ces pièces anatomiques qui étaient enveloppées dans de la toile ou cachées derrière de la toile. »

Le ministre de la Guerre a aussi insisté sur ce fait que ces essais sont une nécessité ayant un but humain.

Les orateurs des partis bourgeois se sont prononcés dans le même sens, pendant que les socialistes condamnaient sévèrement ces essais, dans cette hypothèse que ces essais avaient lieu pour habituer les soldats à tirer sur des êtres humains, ce qui a été contredit par le Gouvernement.

Écoles de médecine. (*Limoges.*)

M. le docteur Raymondaud, professeur d'anatomie, est nommé directeur pour trois ans, à partir du 25 février 1911.

Première Conférence d'Hydrologie

FAITE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Par le Docteur ALLYRE CHASSEVANT
Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine

Le 6 Mars 1911

Pour que le médecin puisse utilement faire acte de thérapeute, il lui est nécessaire d'avoir des notions précises et exactes sur la constitution, l'aspect, la composition, l'origine, et les propriétés pharmacologiques des médicaments. Ces notions lui sont enseignées dans le Cours de matière médicale et de pharmacologie.

Il est tout aussi indispensable au médecin, qui veut mettre en œuvre les ressources thérapeutiques des sources hydrominérales de connaître la matière médicale et la pharmacologie des eaux minérales, c'est-à-dire d'acquérir des notions précises d'hydrologie. Cet enseignement existe à Lyon et à Toulouse, je voudrais le voir à Paris. Mon collègue, le docteur Carnot, vient d'enseigner, dans ses conférences de thérapeutique, le traitement des maladies par les eaux minérales, science heureusement baptisée par mon maître Landouzy, sous le vocable *Crénothérapie*.

Je veux aujourd'hui vous apporter des notions élémentaires et compendieuses, c'est-à-dire abrégées, des sciences qui permettent de connaître l'origine, la composition, les propriétés physiques, chimiques et pharmacologiques des ressources hydrominérales de la France.

L'enseignement de l'hydrologie et de la Crénothérapie ressortit de plusieurs sciences et à moins d'être Pic de la Mirandole, il est impossible d'être également compétent en ces diverses branches des connaissances humaines. Nous nous sommes donc partagé la besogne, mon ami Carnot et moi, suivant nos goûts et nos spécialisations; je lui ai laissé le domaine de la Clinique et de la Thérapeutique : Enseignement de la *Crénothérapie*, il m'a abandonné celui de la géologie, de la minéralogie, de la chimie, de la physiologie et la pharmacodynamie : c'est-à-dire la matière médicale et la pharmacologie des eaux minérales : Enseignement de l'*hydrologie*.

Je m'efforcerai ici, comme je l'ai toujours fait dans mon enseignement, d'éliminer de mon discours les termes techniques difficiles à retenir pour ceux qui n'ont pas eu le temps de s'y initier, j'éviterai de parler les langues absconses et spéciales des sciences dont il est nécessaire d'étudier les méthodes; mon enseignement y perdra sans doute de son caractère hermétique qui fait dire à ceux qui vous écoutent, cet homme est vraiment un savant, car je n'y ai rien compris, mais j'espère qu'en vous exposant simplement les faits précis, débarrassés des hypothèses et des théories qui les obscurcissent, vous pourrez acquérir suffisamment de notions précises et pratiques en hydrologie pour les besoins de l'exercice de la profession médicale.

Je me mettrai donc toujours dans ces leçons au point de vue du médecin praticien; je m'efforcerai de lui démontrer la simplicité et la logique des phénomènes que nous aurons à étudier, faisant son éducation pour l'empêcher d'être la victime des théoriciens, qui veulent attribuer aux phénomènes physiques ou chimiques banaux, des vertus mirifiques et merveilleuses et profiter de l'ignorance d'autrui pour organiser le bluff thérapeutique en se basant sur la science moderne, comme les charlatans d'autrefois basaient leur thaumaturgie sur l'ancienne *alchimie*.

Lorsqu'on aborde l'étude de l'hydrologie, c'est-à-dire l'étude de l'évolution de l'eau dans la nature, on s'aperçoit qu'il faut préalablement étudier la structure du sol, car l'eau acquiert au contact de ce sol et du sous-sol des propriétés et des défauts qu'il importe au médecin de connaître, soit comme thérapeute, soit comme hygiéniste.

La géologie, science philosophique, est difficile à pénétrer pour les profanes, les initiés parlent entre eux une langue spécialisée et les termes géologiques sont abscons pour ceux qui n'ont pas consacré de longs moments à leur étude.

La science géologique s'est donnée pour but de reconstituer l'histoire de la terre dans les longues périodes qui ont précédé l'apparition tardive de l'homme. Nous n'avons pas à suivre ici les géologues dans leurs hypothèses et leurs déductions scientifiques sur ce sujet, mais nous devons nous servir de leurs découvertes, qui permettent de prévoir, dans une certaine mesure, l'origine, la direction et l'abondance des eaux souterraines suivant la structure du terrain superficiel.

Les géologues ont divisé les terrains suivant l'époque qu'ils attribuent à leur formation à quatre grandes périodes : terrains primaires, secondaires, tertiaires et quaternaires.

Chacune de ces périodes est divisée en un certain nombre de subdivisions auxquels on attribue des noms tirés des régions où ces terrains se trouvent en plus grande abondance ou dans lesquels leur étude a été poursuivie avec le plus de méthode.

Ainsi, terrain Cambrien vient de Cambrie (Pays de Galles).

Terrain Silurien, du pays des silures (Pays de Galles).

Terrains Ouraliens (Monts Oural).

Terrain Lutécien (région parisienne).

Nous ne pouvons ici insister sur la signification de ces termes dont, du reste, nous nous efforcerons de ne pas nous servir.

Je renverrai ceux d'entre vous qui désirent pénétrer plus profondément dans l'étude des cartes géologiques et apprendre à faire des coupes géologiques, à l'excellent ouvrage publié par M. de Launay dans le traité d'hygiène de Brouardel-Chantemesse, et Mosny, intitulé *Le Sol*, étude géologique.

Aux premiers âges de l'existence de la terre, on suppose que tous les éléments qui composent l'écorce terrestre se trouvaient à un état de dissociation semblable à celui où sont actuellement les éléments des nébuleuses, ainsi que le démontre l'analyse spectrale astronomique. Peu à peu, le centre cosmique s'est condensé et refroidi, permettant aux éléments de se combiner entre eux et de former une masse concrète.

Le refroidissement se poursuivant progressivement et étant plus considérable à la périphérie, la masse terrestre en ignition s'est recouverte d'une croûte solide ayant une épaisseur plus ou moins considérable, de quelques centaines de kilomètres en moyenne, épaisseur infime par rapport au diamètre de la terre, proportionnellement inférieure à celle d'une coquille par rapport à l'œuf.

On conçoit donc facilement que cette écorce appliquée sur le noyau central subit le contre-coup de toutes les modifications de ce noyau, notamment se plisse comme un manteau trop large au fur et à mesure que ce noyau diminue de volume, en raison de la contraction due au refroidissement progressif. Chacun de ses plis forme des rides à la surface du sol, et constitue les montagnes et les abîmes.

Le problème n'est pas tout à fait aussi simple que je viens de le schématiser, car autour du noyau igné se trouve une atmosphère gazeuse; aussitôt que la température s'est abaissée au-dessous de la température critique de dissociation (1.800°), l'hydrogène et l'oxygène se sont combiné pour former de la vapeur d'eau, et sitôt que l'écorce terrestre s'est refroidie au-dessous de 100°, cette vapeur d'eau s'est condensée et précipitée sur le sol par le mécanisme que nous observons encore actuellement et qui engendre les pluies et autres phénomènes météoriques aqueux.

L'eau ainsi précipitée à la surface du sol a commencé son œuvre d'érosion sur les roches, et aussi de nivellement par stratification.

Lorsqu'on fait l'analyse des roches qui constituent l'écorce terrestre, on constate que la composition moyenne de cette écorce est celle d'un silicate d'alumine, de fer, de chaux, de magnésie, de potasse et de soude, où entre pour environ 1 0/0 d'antres substances étrangères.

Les éléments chimiques qui entrent dans cette écorce y sont représentés par ordre d'importance dans les proportions suivantes :

Oxygène	47,10	
Silicium	27,90	
Aluminium	8,10	
Fer	4,70	
Calcium	3,50	
Sodium	2,70	
Magnesium	2,60	
Potassium	2,40	99,00
Titane	0,30	
Hydrogène	0,20	
Chlore	0,17	
Carbone	0,10	
Phosphore	0,10	
Manganèse	0,07	
Soufre	0,06	
Baryum	0,03	
Fluor	0,03	
Azote	0,02	
Chrôme	0,01	
Zirconium	0,01	
Nickel	0,005	
Strontium	0,005	
Lithium	0,005	1,115
Total		100,115

Les roches du terrain primitif ont été formées par la solidification dans un milieu en fusion ignée; on les désigne en général sous le nom des roches cristallines, elles ont cristallisé à la surface de la terre comme la gangue cristallisée à la surface d'un cubilot de fonte dans le haut fourneau. Elles ont constitué les roches compactes et profondes du terrain primitif, que nous pouvons admettre en pratique, comme étant des masses de profondeur illimitées. Ces roches sont constituées par des *granits*, et contiennent les espèces minéralogiques suivantes :

Feldspath : silicate d'alumine et de potasse.

Micas : silicates complexes dans lesquels prédomine tantôt la magnésie : *micas magnésiens;* tantôt la potasse; *micas potassiques.*

Le quartz, silice anhydre cristallisée; le *péridot*, silicate d'alumine et de magnésie; le *pyroxène*, silicate de chaux et de magnésie.

Ces roches, d'origine ignée. résultant de la cristallisation en milieu fondu, sont inégalement attaquables par l'eau.

Sous l'action de l'eau échauffée sous pression, ces roches se transforment en *terrains métamorphiques*, terrains que l'on trouve en place de la roche cristalline primitive à la base des terrains de l'ère azoïque : *gneiss, micaschistes,* qui ont perdu en partie leurs sels solubles.

Lorsque les premiers plissements sont intervenus, l'eau ruisselant sur les pentes formées, a ajouté à son action dissolvante, l'action érosive mécanique que nous constatons encore actuellement, dans les montagnes (torrents). Les matériaux ainsi détachés sont venus combler les vallées, les abîmes, les gouffres, constitués soit par les plissements successifs de l'écorce terrestre, soit creusés par les eaux antérieurement, par le mécanisme d'érosion et de dissolution.

La vie est venue aussi apporter aux terrains de sédimentation, l'appoint des cadavres végétaux et animaux.

Tandis que les coraux construisaient au fond des mers les *terrains carbonatés* par le même mécanisme qu'actuellement, se construit encore les récifs coralliens dans les mers modernes, les cadavres de mollusques constituaient le *calcaire grossier*, et la *craie.* Les squelettes phosphatés des animaux formaient, dans des cavernes qu'ils comblaient, les poches de *phosphates fossiles;* les végétaux antédiluviens, enfouis dans les plissements, constituaient lentement le terrain carbonifère.

Mais le refroidissement progressif provoquait encore de nouveaux plissements, qui se manifestaient par l'émergence de nouvelles montagnes, et l'apparition de nouveaux gouffres et grands fonds.

La couverte sédimentaire participant alors au plissement de son support de roches cristallines, tantôt l'accompagnait, tantôt se déchirait, il se produisait alors de profondes crevasses : *Diaclases*, et, en outre, par l'effondrement de parties des terrains, les rapports de ces terrains entre eux n'étaient plus réguliers, il se produisit des *failles* sur les bords desquels un terrain plus ancien se trouvait au niveau d'un terrain plus récent.

Les eaux continuaient inlassablement leur œuvre de nivellement, rongeant les montagnes, comblant les vallées, les grottes et les gouffres, déposant par couches stratifiées les sels en dissolution au fur et à mesure de son évaporation, formant ainsi les réserves sédimentaires de *sel gemme*, de *gypse*, d'*anhydrite*, de *dolomies*, etc., de nouvelles chutes d'eau redissolvaient en partie ces dépôts, procédaient à une nouvelle classification sédimentaire et constituaient successivement les terrains des époques secondaire, tertiaire et quaternaire; cette œuvre se poursuit du reste encore actuellement, inlassablement.

Ce travail de sédimentation a superposé couche par couche des terrains perméables et imperméables à l'eau. L'eau profitant des moindres fissures pénétrait dans ces terrains où elle a creusé des lits de rivières souterraines.

Mais ce sont les grands plissements qui, en engendrant les *failles* et les grandes *diaclases*, ont fait le chemin des filons, des roches éruptives, des minerais métalliques et des eaux minérales.

A la suite de chaque plissement dans les *diaclases* et les *failles* des terrains sédimentaires s'intercalaient en *filons* ou *dykes* intrusifs, les *porphyres*, *métaphyres*, *ophites*, etc., les minerais métalliques.

Si la faille ou la diaclase débouchait à l'extérieur, des éruptions volcaniques répandaient à la surface les coulées superficielles de *laves*, *basaltes*, *trachytes*, etc.

Ces mouvements se sont produits aux divers âges de la terre, de telle sorte que la même région géographique a été à plusieurs reprises mer ou continent.

L'orogénie, c'est-à-dire la géographie paléontologique, démontre que les continents les plus anciennement formés dans leur aspect actuel sont l'Inde, l'Afrique centrale, le Brésil et la Sibérie, contemporains de l'Atlantide, ce mystérieux continent, actuellement effondré dans les hauts fonds de l'Océan Atlantique. On trouve dans ces vieux continents des *pierres précieuses*, de l'*or*, mais il n'y a pas de *sources thermales.*

Les sources thermales sont comme les volcans en relation avec les phénomènes les plus récents de dislocation de l'écorce terrestre (plissements ou effondrement) et localisées dans les zones assez restreintes de la terre où ces derniers phénomènes se sont fait sentir. (M. de Launay.)

Or, la France est une terre de formation récente, son terrain est presque totalement constituée par les alluvions et terrains sédimentaires, quelques plissements récents émergent, et c'est à la jonction de ces plissements, que l'on trouve les stations hydrominérales, qui font que la France est le pays le plus privilégié à cet égard.

D'après Suess, la dislocation causée par la descente des compartiments de l'écorce superficielle vers le noyau central et les pressions latérales qui en résultent ont provoqué la formation de plis successifs qui viennent chevaucher les uns sur les autres.

La formation du continent européen reconnaît quatre systèmes de soulèvement successif.

A la période primaire, précambrienne, c'est-à-dire tout au début, le premier plissement dit chaîne *Huronnienne* a constitué la Laponie, la Finlande et l'Islande; cette chaîne était reliée sans doute avec le Canada, à la période primaire. Beaucoup plus tard, au cours de la période prédévonienne, qui appartient encore à l'ère primaire, un second soulèvement, chaîne *Calédonienne*, fit émerger la Norvège, l'Ecosse et la Bretagne.

A la fin de la période primaire, un troisième plissement a fait émerger la chaîne *Hercynienne*, qui mit hors des eaux le Plateau Central, les Vosges, la Forêt noire, la Bohême et la Meseta espagnole.

Enfin, un quatrième plissement a fait, au cours de la période tertiaire, relativement récente, émerger la chaîne alpestre : Pyrénées, Alpes, Karpathes, Balkans, Apennins, Sicile, Atlas et Cordillère Bétique d'Espagne.

Ce soulèvement alpestre s'est continué au delà de la mer Noire par l'émergence du Caucase et, en Asie, par celle de l'Hymalaya.

Ces deux derniers plissements ont été générateurs de sources thermo-minérales. La cassure se faisant du côté de la convexité des chaînes et c'est sur ces versants que les sources thermales ont apparu.

Le France a été privilégiée à ce point de vue, car c'est justement les versants français des Pyrénées et des Alpes qui ont été les versants de cassure.

La caractéristique des eaux minérales diffère suivant l'âge du plissement. Dans la chaîne Hercynienne se trouvent les eaux bicarbonatées sodiques dont le type est Vichy, et toutes les variétés si riches des sources thermales du Plateau central.

Dans la chaîne Alpestre, il convient de faire une place spéciale à celle de ces chaînes qui est apparue la première : les Pyrénées, car elle se différencie par la présence d'eaux minérales sulfurées sodiques, qu'on ne retrouve pas ailleurs.

La chaîne alpestre est riche surtout en sources hypominéralisées: « *Wildbader* » des Allemands, le versant français des Alpes contient en outre une variété plus grande des sources, et notamment encore quelques sulfurées dont Aix-les-Bains est le type accompli.

On retrouve à l'étranger le long de ce plissement tertiaire des sources analogues aux sources françaises, en Suisse, en Autriche, dans les Alpes, les Carpathes et Balkans, en Russie, au Caucase, en Italie, dans les Appennins et aussi dans nos possessions africaines, Algérie et Tunisie, dans l'Atlas.

Mais nulle part on ne trouve la même abondance ni la même variété de sources thermales qu'en France ; car on peut dire que toutes les sources thermales étrangères ont au moins une source similaire française tandis que beaucoup de nos stations n'ont pas d'équivalentes à l'étranger.

Nous aurons l'occasion de démontrer cette assertion au cours de ces conférences.

Pour bien comprendre l'évolution des eaux au cours de ces périodes préhistoriques et la formation des terrains sédimentaires, il est nécessaire de bien connaître le mécanisme actuel de l'évolution des eaux qui ruissellent sur notre globe; les récentes découvertes des spéléologues, jettent une lumière intense sur ces phénomènes, et sont venues réformer quelques-unes des théories erronées des géologues; aussi bien, pour comprendre la stratification des terrains secondaires, tertiaires et quaternaires, je crois indispensable de vous donner au préalable quelques renseignements sur les récentes découvertes spéléologiques, car il est très vraisemblable, pour ne pas dire certain, que l'eau agit actuellement par le même mécanisme et de la même façon qu'au cours des ères antédiluviennes.

Notre deuxième leçon sera donc consacrée à l'étude de l'évolution de l'eau dans les terrains.

M. Martel qui a créé la spéléologie, par ses explorations et ses découvertes a bien

voulu me permettre de puiser dans ses collections pour illustrer par des exemples, les notions nouvelles qu'il a apportées à cette science et faciliter ainsi grandement ma tâche, vous lui en saurez certainement le plus grand gré et je veux le remercier ici en votre nom à tous.

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

La rétroversion de l'utérus gravides; causes et traitement, par M. A. Grosse, Professeur suppléant de clinique obstétricale à l'Ecole de Médecine de Nantes. (*Revue de gynécol., d'obst. et de péd.*)

La rétroversion de l'utérus est fréquemment observée au début de la grossesse. Si, dans la majorité des cas, elle se corrige spontanément ou après des manœuvres de réduction, elle peut parfois donner lieu à des complications graves, nécessiter une intervention d'ordre chirurgical. Dans ces dernières années, des notions nouvelles ont été acquises au sujet des phénomènes vésicaux et surtout en ce qui concerne le traitement chirurgical de la rétroversion de l'utérus gravide.

Nous les aurons particulièrement en vue au cours de cet article.

La rétroversion de l'utérus gravide s'observe le plus souvent chez des multipares, chez lesquelles le surmenage de plusieurs grossesses, le défaut de repos après l'accouchement ont déterminé un relâchement et un allongement des ligaments de l'utérus, dont l'action devient insuffisante pour le maintenir en position normale pendant la grossesse.

L'existence d'une tumeur abdominale, de lésions inflammatoires péri-utérines est une cause fréquente de la rétroversion de l'utérus gravide. C'est un fibrome développé sur le fond ou la face postérieure de l'utérus qui s'oppose à son ascension, l'entraîne en arrière par son poids, à la suite de son propre accroissement, et détermine peu à peu la rétroflexion.

Parfois la rétroversion est dûe à un fibrome de la paroi antérieure de l'utérus, à un kyste de l'ovaire, qui repousse l'utérus en arrière dans le bassin.

Les adhérences qui immobilisent l'utérus et entraînent sa rétroversion sont souvent d'origine annexielle ou consécutives à une périmétrite; parfois elles sont le reliquat d'une ancienne péritonite par appendicite, occlusion intestinale ou même d'origine inconnue, telles ces adhérences unissant l'extrémité de l'épiploon, une frange graisseuse du gros intestin à l'utérus ou au bassin, que l'on rencontre au cours de l'opération, sans relever dans le passé de la malade ni à l'examen abdominal aucune trace d'un passé pathologique, génital ou autre. D'autres fois, l'utérus lui-même, peu ou pas adhérent, se trouve enserré par un véritable réseau d'adhérences jetées entre la vessie, les anses intestinales, le grand épiploon, la paroi pelvienne, et s'opposant à son développement et à son ascension dans l'abdomen; dans une observation de Pinard et Varnier, l'utérus était caché sous une sorte de couvercle formé par des fausses membranes larges et lamelleuses qui rattachaient la vessie au cæcum, à l'épiploon, à la paroi abdominale.

La rétention d'urine accompagne toujours la rétroversion de l'utérus gravide, mais, si, en refoulant l'utérus en arrière, elle maintient et aggrave la rétroversion — au point qu'il suffit souvent de sonder les malades pour réduire facilement une rétroversion qui, au premier abord, semblait irréductible — elle n'est pas cependant la cause première, mais bien plutôt la conséquence de la rétroversion. Il y a là une sorte de cercle vicieux, la rétroversion de l'utérus ayant déterminé la distension de la vessie et celle-ci à son tour augmentant par son poids la rétroversion et la rendant irréductible.

La rétention d'urine est donc un phénomène constant lorsque la rétroversion de l'utérus gravide existe depuis quelque temps. Au début, les mictions sont pénibles, se font avec effort; elles augmentent de fréquence parce que la malade ne vide plus sa vessie, puis ne se font plus que par regorgement. C'est à ce moment souvent qu'on examine le sujet pour la première fois; on constate alors que l'hypogastre est distendu par une volumineuse tumeur médiane, mate et fluctuante, remontant à l'ombilic ou même le dépassant et qui disparaît par le cathétérisme vésical : c'est la vessie distendue par l'urine.

Le toucher vaginal montre que le cul-de-sac postérieur est refoulé par une tumeur molle, rénitente ou même fluctuante qui occupe la plus grande partie du vagin et parfois descend jusqu'à l'orifice vulvaire. Entre cette seconde tumeur, qui est l'utérus gravide rétroversé, et le pubis existe un long couloir, au fond duquel le doigt explorateur perçoit le col utérin, très élevé derrière la symphyse, et que parfois même il est impossible d'atteindre.

En raison même de l'époque de la grossesse où on observe la rétroversion de l'utérus, l'auscultation fœtale, même après l'évacuation de la vessie, est le plus souvent négative; de même, il est rare de pouvoir déterminer le ballottement fœtal. Cette absence de signes fœtaux, jointe à la consistance souvent franchement kystique de la tumeur qui bombe dans le vagin explique combien il est facile de méconnaître la rétroversion de l'utérus gravide et de la confondre avec un kyste de l'ovaire prolabé dans le Douglas.

Mais revenons à la vessie. Lorsqu'on pratique le cathétérisme vésical, on constate d'abord que la sonde introduite dans le méat doit être poussée très loin avant de pénétrer dans la vessie et de ramener les premières gouttes d'urine. La bascule du fond de l'utérus en arrière, l'ascension du col utérin ont, en effet, déterminé une élongation de la paroi vaginale antérieure et l'allongement de l'urètre. D'après Pollosson et Trillat, la longueur de l'urètre pourrait atteindre jusqu'à huit ou neuf centimètres, c'est-à-dire près de trois fois sa dimension normale.

A quoi est dûe la rétention d'urine dans la rétroversion de l'utérus gravide? L'obstacle au cours de l'urine serait dû, a-t-on dit, à la déviation, à la coudure de l'urètre, à son allongement amenant la diminution progressive du calibre de ce canal, puis sa disparition. Cette hypothèse est contraire aux constatations fournies par l'exploration de l'urètre. Si la longueur, la déviation du canal urétral peuvent offrir un certain obstacle à l'écoulement de l'urine, ils ne sauraient être suffisants pour en arrêter complètement le cours, car il est toujours facile d'introduire dans l'urètre des bougies de fort calibre et même le doigt. Ils constituent donc un obstacle bien léger auprès de ceux fournis par les rétrécissements inflammatoires de l'urètre et par l'hypertrophie de la prostate, qui cependant n'amènent qu'à la longue la rétention d'urine.

On a invoqué également la paralysie de la vessie par compression des nerfs vésicaux, la compression directe exercée sur l'urètre par le col utérin qui le presse contre la symphyse pubienne; mais Pollosson a montré que souvent le col de l'utérus est situé non derrière la symphyse pubienne, mais au-dessus d'elle. Dans ces conditions, il comprime non l'urètre, mais la partie inférieure de la vessie, dont il soulève la paroi et à l'intérieur de laquelle il fait une saillie analogue au lobe médian de la prostate hypertrophiée. C'est cette saillie, que l'on peut sentir au doigt dans le toucher intra-vésical, qui constituerait l'obstacle à l'émission de l'urine.

La rétro-déviation de l'utérus peut être antérieure à la grossesse, qui surprend l'utérus dans cette situation, ou bien elle se produit lentement et de façon insidieuse dans les premières semaines de la grossesse, sous l'influence des causes que nous avons passées en revue; quelquefois, cependant, la rétroversion de l'utérus se produit brusquement, le plus souvent à la suite d'un effort violent, d'une chute. La femme est alors saisie subitement de douleurs abdominales vives, de vomissements; parfois elle éprouve la sensation d'un organe qui se déplace, perçoit une sorte de craquement.

Le traitement de la rétroversion de l'utérus gravide est variable suivant le degré de la rétroversion, l'âge de la grossesse, la gravité de l'état général de la femme.

Lorsque la grossesse est récente, l'utérus peu volumineux, la rétroversion peu prononcée et ne déterminant ni douleurs, ni troubles de compression, on se contentera de surveiller la femme et de lui recommander l'évacuation régulière de la vessie et du rectum. L'utérus peut, en effet, se redresser de lui-même au cours de son développement. Dans son mouvement ascensionnel, il se dégage peu à peu du bassin; vers le quatrième mois en général, la réduction spontanée est opérée, et la grossesse poursuit, sans aucun trouble, son évolution.

Comment s'opère cette réduction spontanée? Elle résulte en grande partie du développement même des parois de l'utérus, de leur tension de plus en plus grande, qui font que, même sur un utérus normal, le corps tend à se redresser peu à peu sur le col en faisant disparaître la courbure que présente normalement l'utérus en dehors de la gravidité. Harlay pense qu'il faut faire une grande part aux ligaments de l'utérus dans ce redressement, et en particulier aux ligaments ronds. Ces ligaments participent aux modifications que subit l'utérus lui-même; leurs fibres musculaires augmentent de volume et s'hypertrophient; les ligaments ronds, ayant acquis une plus grande sonicité, tirent en avant le fond de l'utérus, qui se redresse peu à peu. Tout l'appareil suspenseur de l'utérus participe à ce redressement, puisque — ainsi que Schultze l'a démontré — il ne peut y avoir de rétro-déviation de l'utérus sans allongement des ligaments utéro-sacrés.

Néanmoins, ces derniers jouent plutôt dans l'équilibre de l'utérus le rôle de suspenseurs, et c'est aux ligaments ronds qu'appartient l'action prédominante dans cette correction. On a pu voir des utérus rétrofléchis avant la grossesse se redresser ainsi spontanément et rester en position normale après la grossesse, qui est ainsi devenue pour eux un moyen de guérison.

S'il y a rétention d'urine, on pratiquera l'évacuation de la vessie qui est souvent suivie de la réduction spontanée de l'utérus. Le cathétérisme présente parfois quelques difficultés; on a de la peine à trouver le méat urinaire attiré en haut, à introduire la sonde. Il ne faut pas oublier que l'urètre présente une longueur exagérée et que la sonde doit souvent être enfoncée profondément avant d'obtenir l'écoulement des premières gouttes d'urine.

Laroyenne a montré qu'il suffit de presser avec les doigts sur la tumeur qui fait saillie dans le cul-de-sac postérieur du vagin pour obtenir, soit avant tout cathétérisme, soit à la fin, lorsque l'écoulement s'arrête, une abondante évacuation d'urine, alors que la pression hypogastrique reste inutile. Laroyenne explique ce fait en admettant que l'utérus, en basculant en rétroversion, a entraîné avec lui dans le Douglas un prolongement de la vessie: les doigts, en appuyant sur la paroi vaginale postérieure, pressent sur ce prolongement et provoquent la miction. Pollosson et Trillat ne croient pas au renversement de la vessie dans le Douglas: ils pensent que la pression de la paroi postérieure du vagin agit non en com-

primant la vessie, mais en redressant l'utérus, dont le col, par suite de ce mouvement de bascule, s'éloigne de la paroi postérieure de la vessie, contre laquelle il cesse d'appuyer. Le col utérin se comporterait ainsi comme un véritable clapet qui, suivant qu'il est on non appliqué dans le bas-fond de la vessie, intercepterait ou laisserait perméable l'orifice urétral.

La quantité d'urine contenue dans la vessie est toujours notable; assez souvent on retire de la vessie un litre et demi à deux litres de liquide, mais celle-ci peut être beaucoup plus considérable, atteindre plusieurs litres. L'urine, lorsqu'elle est extraite au début des accidents de rétension, est claire; plus tard, lorsqu'il survient des phénomènes de cystite, de gangrène de la muqueuse vésicale, les urines deviennent troubles, puriformes, sanguinolentes et fétides, contenant des débris membraneux.

La réduction spontanée de l'utérus se conçoit facilement avec un utérus en rétrodéviation libre, non adhérente. Néanmoins, la présencé de quelques adhérences ne suffit pas à empêcher le redressement de l'utérus. Pinard et Varnier ont montré qu'on avait beaucoup exagéré la fréquence et le rôle des adhérences utérines dans l'irréductibilité de l'utérus. Pour eux, dans les cas d'utérus rétrofléchi irréductible, les adhérences sont beaucoup moins souvent utérines que périphériques; les adhérences utérines subissent, en effet, pendant la grossesse, des modifications analogues à celles des fibromes sous-muqueux; elles se ramollissent, deviennent moins résistantes; tendues constamment par l'utérus en voie d'expansion, elles s'allongent suffisamment pour permettre son redressement, ou se rompent. Si leur rupture spontanée ne se produit pas, les modifications de structure qu'elles ont subies ont cependant diminué leur résistance, et elles cèderont facilement lorsqu'on tentera la réduction artificielle de l'utérus.

Celle-ci sera indiquée toutes les fois que la réduction spontanée ne se produit pas, lorsqu'il existe des douleurs, que les urines deviennent purulentes, sanglantes ou fétides, lorsque l'utérus a atteint un volume assez considérable pour qu'en temporisant plus longtemps, on puisse craindre son enclavement. On a le plus souvent recours à la réduction manuelle. La femme est placée dans la position obstétricale; l'opérateur introduit deux doigts dans le vagin et s'efforce, par des pressions répétées exercées sur le fond de l'utérus, d'obtenir son redressement et son ascension hors du bassin. Ces pressions doivent être exercées de façon à le mobiliser autant que possible suivant un des diamètres obliques du bassin, et non directement d'arrière en avant, afin d'éviter l'obstacle que pourrait opposer le promontoire. Ces tentatives ne seront entreprises qu'après l'évacuation absolue de la vessie et du rectum, et, au besoin, si les manœuvres sont douloureuses, qu'après anesthésie par le chloroforme. Certains opérateurs préfèrent exécuter ces manœuvres à l'aide du toucher rectal ou par manœuvres combinées à la fois rectales et vaginales, mais ces procédés ne semblent pas donner de meilleurs résultats que les manœuvres purement vaginales.

Au lieu de placer la femme dans le décubitus dorsal, on lui fait quelquefois prendre la position genu-pectorale; cette position, en laissant pénétrer l'air dans le vagin et en favorisant la bascule de l'utérus en avant, permettrait une réduction plus facile de la rétroversion. En réalité, cette attitude, très désagréable pour la femme, ne semble pas supérieure à la précédente.

Si la rétroversion a tendance à se reproduire il est bon, après la réduction, de maintenir pendant quelques jours l'utérus en place soit par un tampon de gaze placé dans le cul-de-sac postérieur du vagin, et refoulant en avant l'utérus, soit à l'aide d'un ballon de Champetier de Ribes. Le pessaire a été également utilisé dans le même but.

Au lieu de la réduction manuelle, on a essayé aussi la réduction lente à l'aide d'un ballon de Champetier de Ribes introduit dans le vagin et renouvelé pendant plusieurs jours jusqu'à réduction complète; cette méthode a permis quelquefois de réduire l'utérus, alors que la réduction manuelle extemporanée avait échoué. Le même résultat a été obtenu à l'aide d'un ballon de Petersen introduit dans le rectum.

Fabbri a préconisé les insufflations d'air dans le rectum; d'après lui, ce procédé aurait sur l'emploi du ballon intra-rectal l'avantage d'être à la fois plus facile à appliquer et moins douloureux.

Mais, dans certains cas, les moyens précédents de réduction échouent, soit parce que la rétroversion se reproduit après la réduction, soit parce qu'on ne peut obtenir la réduction, que l'utérus est irréductible. L'irréductibilité de l'utérus tient soit à ce que celui-ci est maintenu dans sa position vicieuse par une des causes que nous avons déjà signalées (tumeur abdominale, adhérences résistantes, le plus souvent périphériques), soit à ce qu'il est enclavé dans le bassin. Pour que l'enclavement se produise, il n'est pas nécessaire que l'utérus soit fixé par des adhérences ou refoulé par une tumeur de voisinage, il suffit que l'utérus en rétroversion se développe sans se redresser jusqu'à ce qu'il vienne au contact des parois du bassin. Il y est alors comme encastré et ne peut en être délogé qu'avec peine. L'enclavement de l'utérus se produit particulièrement facilement dans les bassins dont le détroit supérieur est rétréci; l'uterus se trouve pour ainsi dire surpris dans son développement, et les petites dimensions du détroit supérieur et la saillie du promontoire ne lui permettent plus de sortir de la cavité pelvienne, lorsqu'elle devient trop étroite pour suffire à son expansion.

Que faut-il faire lorsque les manœuvres de réduction sont demeurées impuissantes pour corriger la rétroversion de l'utérus? La ponction de l'œuf — qui, en diminuant le volume de l'utérus, permet parfois la réduction, mais entraîne presque fatalement l'expulsion du produit de conception — doit être rejetée. Il en est de même, en général, de l'avortement provoqué, qui sera réservé aux cas tout à fait graves où l'état de la femme est trop menaçant pour permettre une intervention abdominale et où l'évacuation immédiate de l'uterus constitue pour elle la seule chance de salut.

Hormis ces cas désespérés et heureusement exceptionnels, il faut sans hésiter recourir à la laparatomie et pratiquer la réduction abdominale. Préconisée par Pinard et Varnier dès 1887, l'intervention abdominale est formellement indiquée toutes les fois que la réduction manuelle est impossible ou difficile à obtenir. La malade est placée sur le plan incliné de Trendelenburg, et, après laparatomie, la main est introduite dans l'abdomen, afin de se rendre compte de la nature de l'obstacle qui s'opposait à la réduction de l'utérus. Si l'utérus est simplement enclavé dans le petit bassin, sans adhérences, il sera en général facilement redressé, à l'aide de tractions sur les ligaments ronds ou mieux en glissant la main en arrière de lui dans le petit bassin et en le soulevant en avant. L'utérus est-il maintenu par une bride fibreuse, des adhérences périphériques? Celles-ci seront sectionnées ou détruites. Chemin faisant, on pourra être conduit à compléter l'opération par l'ablation des annexes malades, d'un kyste de l'ovaire. On est parfois surpris de la facilité avec laquelle cet utérus, qui semblait irréductible, se redresse facilement après laparotomie.

La réduction utérine, une fois obtenue, se maintient le plus souvent d'elle-même, en raison de la tension que l'œuf exerce sur les parois de l'utérus, et parce que celui-ci, ayant dépassé le plan du détroit supérieur, n'a plus aucune tendance à retomber dans le bassin. Dans le cas d'enclavement, où l'utérus remplissait à frottement le petit bassin, son volume seul l'empêche d'y pénétrer à nouveau. Si, au contraire, l'utérus est peu volumineux et qu'il y ait lieu de craindre la récidive, il est prudent d'assurer le maintien de la réduction par une opération complémentaire.

L'hystéropexie par fixation directe de l'utérus à la paroi abdominale sera rejetée, en raison des accidents graves : présentations vicieuses, hémorragies, auxquels elle expose pendant l'accouchement. Il vaut mieux avoir recours au raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds, qui n'entrave pas le développement physiologique de l'utérus. Le procédé de Doléris, par inclusion intra-pariétale des ligaments ronds au travers des muscles grands droits, semble le procédé de choix; il a donné à son auteur de nombreux succès.

Chevrier, dans un article récent, recommande de dépéritoniser les ligaments ronds dans la partie où ils seront inclus dans la paroi abdominale. Cette dénudation permet d'obtenir des ahérences solides et une fixation plus certaine.

Après l'opération, il est bon de soumettre la femme à l'action de la morphine, afin d'empêcher les contractions utérines de se produire et d'éviter un avortement qui, en réalité, se produit rarement; le plus souvent, en effet, l'opération n'a aucun retentissement sur la grossesse, qui évolue jusqu'à terme.

Dans le cas de rétroversion réductible, mais se reproduisant dès qu'on abandonne les moyens de contention (pessaire, ballon, tamponnement) ou même malgré leur application, certains accoucheurs, après avoir pratiqué la réduction manuelle de l'utérus, ont recours à l'opération d'Alquié-Alexander. Ce procédé nous semble inférieur à la ligamentopexie abdominale qui, pas plus dangereuse maintenant que l'Alexander, permet, avant de raccourcir les ligaments ronds, de se rendre compte *de visu* de la nature de l'obstacle qui s'opposait à la réduction de l'utérus.

Enfin, dans certains cas, l'intervention d'urgence est nécessitée par une grave complication du côté de la vessie (hémorragies, gangrène, rupture), ainsi que cela s'est présenté dans une récente observation de Martin (de Rouen).

REVUE CLINIQUE

Des méningites sans microbes, par M. le Dr Jules Sébilleau, médecin suppléant des Hôpitaux. (*Gaz. méd. de Nantes*).

Nous nous proposons d'étudier dans cet article tout un groupe de méningites ou plutôt, suivant la dénomination de Widal, tout un groupe d'états méningés, que la ponction lombaire a permis de différencier des autres méningites connues. Ces états méningés se caractérisent essentiellement par ce fait que le liquide céphalo-rachidien, retiré par la ponction lombaire, ne pousse sur aucun des milieux usuels, en un mot, reste stérile et par cette autre particularité que leur évolution est toujours d'allures bénignes et se termine par la guérison. Ces méningites amicrobiennes, bénignes, sont comparables, au point de vue symptomatique avec la méningite cérébro-spinale, la méninge tuberculeuse, la méningite syphilitique, etc. Mais leurs symptômes, d'abord alarmants, disparaissent au bout de quelques jours, laissant le malade en bonne santé et sans que rien puisse faire soupçonner ultérieurement la grave atteinte dont ses méninges ont été l'objet.

La première mention de ces méningites a été faite par Widal et son élève Philibert dans une communication qu'ils firent à l'Académie de Médecine, en 1907 (*Bulletin de l'Académie de Médecine* du 30 avril), sur un cas d'épanchement puriforme aseptique des méninges, avec polynucléaires intacts. A la séance de la Société Médicale des Hôpitaux, du 26 février 1909, Widal et Brissaud présentèrent un autre cas. Widal, dans la *Revue Mensuelle de Médecine interne et de thérapeutique* expose, en un clair résumé, ses recherches personnelles sur ces états méningés si intéressants. Citons enfin sa communication au dernier Congrès Français de Médecine du 13 octobre 1910.

Dans la séance de la Société Médicale des Hôpitaux, du 21 octobre 1910, MM. Laubry et Foy d'une part, présentèrent deux cas : MM. Laubry et Parvu d'autre part, présentèrent trois cas de méningites bénignes amicrobiennes. A la même séance, MM. Rist et Rolland nous firent aussi connaître cinq cas semblables. Dans la séance de la Société Médicale des Hôpitaux, du 28 octobre 1910, six observations de méningites amicrobiennes furent réunies par MM. Widal Lemierre, Cotoni et Kindberg, alors que MM. Guillain et Ch. Richet fils appelaient, dans cette même séance, l'attention de la Société sur une maladie infectieuse caractérisée par de l'ictère et un syndrôme méningé dont ils présentaient quatre observations. Toutes ces observations de Laubry et Foy, de Laubry et Barvu, de Widal, Lemierre, Abranni et Kindberg, de Guillain et Ch. Richet fils avaient été prises pendant les mois d'août et de septembre, revêtant ainsi un caractère nettement épidémique. Elles se différenciaient des premières observations de Widal en ce que le liquide céphalo-rachidien, extrait par la ponction lombaire n'était pas puriforme, mais simplement louche ou même clair et qu'après centrifugation, le culot obtenu était formé de mononucléaires plutôt que de polynucléaires. Sauf ces différences, ces méningites évoluaient de façon bénigne, comme celles décrites antérieurement par Widal, Philibert et Brissaud. De plus elles étaient amicrobiennes ou du moins le liquide de la ponction laissait stériles les divers milieux de culture connus.

Ces états méningés se présentent surtout chez l'adulte jeune ou chez les adolescents. La première observation de Laubry et Foy a trait à un jeune garçon de 16 ans, la seconde à un homme de 27 ans. Le premier malade de Laubry et Parvu a 19 ans, le second 17 ans, le troisième 15 ans 1/2.

Dix-neuf ans, trente-deux ans, trente ans, dix-sept ans, vingt-huit ans, dix-huit ans, tels sont les âges des malades présentés par Widal, Lemierre, Abranni et Kindberg. Je n'ai rien noté d'intéressant au point de vue des professions exercées par ces malades. Les diverses observations sont muettes au sujet de leurs demeures et des quartiers qu'ils habitaient.

Le début de ces méningites est en général assez brusque. Le malade est pris subitement d'une céphalée intense, d'une vive courbature qui intéresse tout le corps et principalement la région lombaire. L'inappétence est complète. Souvent, la plupart du temps, on note de la constipation. Parfois, mais pas toujours, il existe des vomissements.

Au bout de quelques heures, d'un jour ou deux parfois, de nouveau signes apparaissent, caractérisant la période d'état. La céphalée est toujours très vive ; le malade se plaint de maux de tête atroces à la région frontale et parfois à la région occipitale. Ces maux de tête s'exacerbent par le mouvement. Ils s'accompagnent de douleurs dans tous les membres et particulièrement dans les muscles de la région lombaire. Le malade est couché en chien de fusil, les yeux fuyant la lumière ou bien étendu horizontalement. La constipation est toujours opiniâtre. Et si les vomissements ne sont pas apparus dès le début, on les voit souvent survenir à la période d'état. Alors on constate de la contracture sous la nuque. Le signe de Kernig existe, toujours très accusé. Les réflexes rotuliens et et du tendon d'Achille sont ou normaux ou exagérés. Il n'existe pas de signe de Babinsky positif. Par contre, les globes oulaires sont douloureux à la pression. Souvent, pas toujours, on note de la photophobie. Rarement il existe du strabisme. Je ne l'ai trouvé noté que dans quelques rares observations. Enfin quelques vésicules d'herpès peuvent se voir à la lèvre inférieure. La langue est saburrale, blanche au centre, rouge sur les bords. Le malade est dans un état d'inappétence complète. Dans beaucoup de cas, les auteurs notent une légère hypertrophie de la rate qui est sensible à la percussion.

Les poumons sont en général indemnes. Le cœur bat régulièrement. Dans quelques rares cas, on a noté de la bradycardie. Le plus fréquemment les pulsations égalent 80 à 100.

L'état général est très touché. Le malade est prostré, ne fait aucunement attention à ce qui se passe autour de lui. La fièvre les deux ou trois premiers jours est vive, atteint 39° à 40°, puis s'abaisse assez rapidement pour ne plus exister au bout du sixième ou huitième jour. Les symptômes si inquiétants que nous avons décrits décroissent en même temps que la température diminue. La céphalée disparaît peu à peu ainsi que la courbature. La contrature de la nuque s'atténue à mesure que la maladie évolue vers le mieux. Le signe de Kernig peut persister quelque temps pendant la convalescence, mais finit par disparaître. Enfin l'état général s'améliore si bien qu'on est surpris, après avoir porté un pronostic mauvais, sinon fatal, de voir le malade revenir à la santé en dépit des prévisions pessimistes qu'on a pu faire à si bon droit, à son sujet.

Telle est l'évolution que subissent dans la majorité des cas ces états méningés amicrobiens, tels sont les signes qu'ils présentent. Mais à côté d'eux, il faut noter une forme spéciale que Laubry et Foy, puis Widal avaient mentionnée, mais qui a été surtout étudiée par Guillain et Ch. Richet fils : c'est la forme avec ictère.

Dans cette forme, les signe nerveux sont plus bénins, bien que la céphalalgie soit toujours très vive. Mais au début, ou bien au cours de la maladie apparaît un nouveau signe : l'ictère qui se présente sous la forme d'un ictère classique par rétention avec décoloration des matières, présence dans les urines de pigments biliaires. Le foie est légèrement augmenté de volume et un peu sensible à la pression ; la rate est hypertrophiée. L'haleine est fétide, la langue sèche, rouge sur les bords et blanche au centre. Il y a des vomissements. Au bout de quelques jours l'ictère diminue ainsi que les phénomènes nerveux et tout finit par rentrer dans l'ordre.

Les renseignements donnés par la ponction lombaire sont très intéressants et il ne faut pas manquer de la pratiquer. Dans une première série, de cas, le liquide extrait par la ponction lombaire est puriforme, épais, gris, jaunâtre. Centrifugé ou simplement mis au repos afin qu'il dépose, il donne un culot abondant, dans lequel le microscope fait constater la présence de très nombreux polynucléaires. Mais ces polynucléaires, ainsi que l'a fait remarquer Widal, sont dans un état de conservation parfait, ils prennent admirablement les colorants, leurs limites sont nettes et précises, leurs noyaux intacts. Si par les colorants appropriés on recherche dans une parcelle du culot étalé sur lames des microbes, on n'en trouve pas. Les cultures sur les milieux appropriés, gélose, bouillon, gélose au sang, etc., sont absolument négatives, restent parfaitement stériles. Les inoculations à la souris ne donnent pas de résultats.

Dans une seconde série de cas, le liquide, au lieu d'être puriforme, est légèrement louche ou même absolument clair. Il est hypertendu, coule en jet dans le tube. Il est toujours albumineux, mais ne contient pas de sucre. Quand l'état méningé s'accompagne d'ictère, il peut revêtir une légère coloration jaunâtre. A la suite de la centrifugation, il peut ne pas laisser de culot. C'est une rareté. Le plus fréquemment, il se dépose au fond du tube un léger amas blanchâtre dont on peut à loisir examiner une parcelle sous le microscope. Par les colorants appropriés, on peut voir que ce culot est composé soit de polynucléaires en majorité, soit de mononucléaires avec quelques polynucléaires, soit de mononucléaires seuls. Ces mononucléaires peuvent être des lymphocytes ou bien des mononucléaires grands et moyens.

Dans la période terminale des méningites amicrobiennes, le culot n'est guère composé que de mononucléaires, les polynucléaires disparaissant à mesure que la maladie évolue vers la guérison. L'examen extemporané du culot ne permet pas de trouver des microbes. Les cultures sur les milieux les plus divers restent stériles. Les inoculations aux petits animaux de laboratoire sont sans effets.

On conçoit quelle importance, au point de vue du pronostic, présente le diagnostic de ces états méningés bénins amicrobiens. Ce diagnostic est fort difficile et soulève plusieurs problèmes intéressants. Au début ou au cours des différentes maladies infectieuses, grippe, fièvre typhoïde, pneumonie, etc., peuvent apparaître des signes d'irritation des méninges qu'il faudra savoir éliminer. L'examen attentif du malade, l'évolution des symptômes se rapportant à ces infections diverses tranchera assez facilement le diagnostic. Mais là où l'embarras devient plus grand c'est dans la différenciation de ces états méningés avec la méningite cérébro-spinale, avec la méningite tuberculeuse, avec la méningite syphilitique.

La plupart des cas de méningites bénignes amicrobiennes jusqu'ici connus ont été envoyés à l'hôpital sous l'étiquette : Méningite cérébro-spinale. Au point de vue symptomatique, tout se réunit pour faciliter, entraîner, imposer la confusion. Même céphalée gravative, même courbature survenant brusquement, prenant le malade en pleine santé. La contracture de la nuque, le signe de Kernig se retrouvent dans les deux cas. Il n'y a pas jusqu'à l'herpès qui ne puisse survenir pour faciliter l'erreur. Cependant dans la méningite cérébro-spinale, l'herpès est plus fréquent, la contracture de la nuque et des lombes est plus accusée, le signe de Kernig plus intense. Malgré cela la ponction lombaire seule pourra trancher le diagnostic, car elle permettra de trouver dans le liquide céphalo-rachidien le méningocoque de Wiechsilbaum soit extemporanément, soit dans les cultures. Elle permettra aussi de pratiquer la séro-réaction de Dopter qui sera positive si on a affaire à une méningite cérébro-spinale.

La méningite tuberculeuse peut prêter à confusion avec les méningites amicrobiennes. Nous avons vu que dans ces dernières la ponction lombaire pouvait donner un liquide clair, sans opacité aucune, ne contenant guère que des lymphocites. Or, ces caractères se retrouvent dans la méningite tuberculeuse. Il est vrai que dans la méningite tuberculeuse, le culot contient parfois des bacilles de Koch et que l'inoculation au cobaye du liquide céphalo-rachidien communique à l'animal la tuberculose. Mais ces deux caractéristiques peuvent parfois manquer. Aussi devra-t-on surtout se baser sur les signes cliniques pour établir la différence. Les méningites amibrobiennes débutent plus brusquement, la température est d'emblée plus élevée ; les signes oculaires sont moins fréquents ; enfin l'évolution vers la guérison complète, au bout de quelques jours tranche le diagnostic.

Les méningites amicrobiennes pourront aussi se confondre avec la méningite syphilitique.

L'examen du malade chez lequel on trouvera des stigmates de syphilis, l'épreuve du traitement peut distinguer l'une de l'autre les deux maladies.

Enfin c'est par la ponction lombaire, suivie de l'examen du culot du liquide qu'on arrivera à différencier les méningites amicrobiennes des méningites àstreptocoques, à pneumocoques, à bacilles de Pfeiffer, etc., etc.

Plusieurs hypothèses ont été faites pour expliquer la genèse de ces curieux états méningés. Les uns, avec Rist, rapportent ces faits à l'existence d'une méningite infectieuse épidémique dont nous ne connaissons pas l'agent. Pour Widal, Laubry et Parvu, Guillain, ces état méningés ne seraient qu'une localisation sur les méninges d'une maladie infectieuse générale, épidémique ou non, dont les manifestations peuvent être multiples, puisque aux symptômes méningés se mélangent parfois des signes gastro-intestinaux et surtout hépatiques. Cette maladie infectieuse serait due à un organisme inconnu encore de nous, ne passant pas sur les milieux de culture habituels. Ces symptômes méningés seraient-ils dus au microbe lui-même ou à des toxines ? La question reste en suspens. Une troisième opinion, très intéressante et digne d'attention a été émise par Wetter. Pour cet auteur, les méningites bénignes, amicrobiennes, ne seraient qu'une forme fruste, particulière de polyomyélyte, en somme qu'une variété de la maladie de Heine-Médin. Cette hypothèse prend une réelle valeur quand on considère les nombreuses observations publiées ces derniers temps de polyomyélites avec début méningé. Enfin MM. Léon Bernard et Orhi ont tendance à considérer certaines de ces méningites comme des manifestations de la tuberculose. Si les hypothèses précédentes peuvent être vraies pour les méningites amicrobiennes à liquide trouble, avec prédominance de polynucléaires, ils croient qu'une tuberculose très localisée des méninges peut expliquer les méningites bénignes à liquide clair, avec prédominance de lymphocytes.

Le traitement des méningites bénignes sera d'une extrême simplicité. Il conviendra de donner toutes les trois heures des grands bains chauds et pour calmer la céphalalgie, pour diminuer les contractures, de pratiquer la ponction lombaire.

Syndromes méningés au cours de l'urémie chronique, par le Dr NORDMAN, médecin des hôpitaux. (*Loire méd.*).

Existe-t-il une méningite urémique ? Telle est la question que se posait en 1907, le professeur Lépine (1). Avant lui, en effet, Osborne (2) était le seul à avoir donné une indication de la méningite brightique, indication très sommaire puisqu'il se bornait à constater chez les rénaux de l'opacité arachnoïdienne, sans en discuter la nature.

Parmi les trois observations du Pr Lépine, une seule renferme une histoire clinique de méningite, méningite constatée à l'autopsie « sous forme de rougeur intense des méninges et de forte congestion de la substance grise ». L'examen du liquide céphalo-rachidien ne donnait pas les signes certains d'une réaction méningée.

Les deux autres observations ont été des trouvailles d'autopsie.

Aussi les faits du Pr Lépine ont-ils peu emporté la conviction des néneuropathologistes.

A défaut de documents complets et vraiment démonstratifs, les observations du Pr Lépine permettent de présumer que, au cours de l'urémie chronique, peuvent se produire des lésions inflammatoires des méninges. Telle est la conclusion du Pr Chauffard (3). On peut donc dire que depuis 1907, la question est restée en suspens.

Nous avons eu l'occasion de suivre dans notre service un malade qui pourra apporter une contribution à la question. Aussi allons-nous rapporter en détail son histoire :

B.... Jean-Marie, 58 ans, manœuvre, entre le 13 août 1910, dans nos salles, pour de l'œdème des membres inférieurs et de la dyspnée. Ne signale pas de maladies antérieures, nie la syphilis, avoue boire deux, trois litres de vin par jour et quelques petits verres. Dit uriner depuis longtemps la nuit, mais n'avoir remarqué de l'enflure et de l'essoufflement que depuis un mois.

Nous trouvons un malade dyspnéique, œdématié, présentant un gros cœur arythmique, un pouls tendu, un petit foyer de râles à la base droite, un gros foie, une rate de trois travers de doigt et des urines de brightique avec gros disque d'albumine.

Le lendemain de l'entrée, délire agité, surtout d'ordre professionnel. Respirations profondes, sans Cheyne-Stokes, pupilles en myosis, température basse à 36°, quelques râles souscrépitants à la base droite. Nous admettons une pneumonie, chez un brightique, malgré l'absence de température, de crachats et de points de côté. Nous avons déjà eu à plusieurs reprises de pareils faits et nous nous proposons de revenir dans une communication ultérieure sur ce point.

Le 25 août, signes d'épanchement à la base droite. On retire un grand verre de liquide citrin.

Le 29 août, plus que quelques frottements à la base droite. L'œdème a disparu. Plus de délire. Le malade semble guéri, mais il conserve un gros disque d'albumine, un gros cœur avec galop.

Le 27 septembre, réapparition de la dyspnée, avec type Cheyne-Stokes, oligurie, râles œdème aux bases. On fait une saignée.

Le 6 octobre, on note des frottements péricardiques.

Le 12, petit délire nocturne qui continue les jours suivants, persistance des frottements péricardiques, gros râles aux bases.

Le 20, demi-coma, nouvelle saignée.

Le 25, le malade est trouvé immobile dans son lit, disant quelques paroles incompréhensibles, avec de la cyanose par placards surtout aux extrémités, un ventre rétracté en bateau, un peu de raideur du cou, du Kernig, un pouls ralenti à 60 et une température à 38°. Nous songeons immédiatement à de la méningite. Une ponction lombaire donne un liquide sous tension très albumineux, renfermant peu d'éléments cellulaires. Notre interne, M. Badet, ne trouve, en effet, que quatre à cinq éléments par champ.

Le 27, coma persistant, malade raide, contracturé, ventre toujours rétracté, troubles vaso-moteurs, conjonctives injectées, pouls à 58. Respirations profondes 32 par minute, plus de Cheyne-Stokes. Une deuxième ponction lombaire donne de nouveau un liquide clair sous très forte tension, coulant en jet à 20 centimètres, albumineux, ne renfermant plus qu'un lymphocyte par champ et quelques globules rouges.

Mort le 28.

A l'autopsie faite le 29, petits reins contractés, très altérés, avec capsule adhérente, pesant 100 et 110 grammes.

Gros foie un peu cirrhotique de 1.460 grammes. Rate, 160 grammes. Cœur hypertrophié, 650 grammes, sans lésion valvulaire. Plaques laiteuses sur le péricarde.

Bases pulmonaires œdématiées. Pas de tubercules aux sommets.

A l'ouverture du crâne, méninges un peu adhérentes épaissies, avec un aspect blanc laiteux opalin presque généralisé. Par placards néanmoins, méninges très rouges, presque ecchymotiques. La méninge ouverte, il s'écoule une très grande quantité de liquide, et alors on aperçoit au niveau de deux lobes frontaux et se prolongeant un peu sur la région rolandique des bulles d'œdème fines, extrêmement nettes. (Toute idée d'altération cadavérique doit être écartée, l'autopsie ayant été faite dans d'excellentes conditions.)

La substance corticale est œdématiée, infiltrée de liquide séreux dans toute son étendue, ainsi que la substance blanche. A la coupe, du liquide sort de toutes parts. Un des hémisphères cérébraux est envoyé à Lyon pour l'examen histologique. Nous n'avons pas encore reçu de réponse du Laboratoire. A signaler encore un petit ramollissement du lobe occipital qui, du vivant du malade, avait passé inaperçu, et qui semblait être un ramollissement ancien.

Telle est notre observation. Cliniquement, le diagnostic d'état méningé au cours d'une urémie chronique est indiscutable de par une série de signes : raideur du cou, Kernig, rétraction du ventre, troubles vaso-moteurs, ralentissement du pouls. Certes, le signe de Kernig a pu être observé exceptionnellement dans l'urémie. Mais il est probable que c'est bien alors par irritation méningée et une des deux observations le plus souvent signalées à ce sujet — celle de Kernig (1) — concerne un cas où à l'autopsie on trouva un œdème colossal de la pie-mère. D'ailleurs, chez notre malade, la symptomatologie méningée fut assez riche, pour qu'il n'y ait aucun doute sur son existence.

L'examen du liquide céphalo-rachidien, par contre, peut prêter à quelques discussions :

Tout d'abord sa teneur en albumine doit-elle être mise sur le compte de la méningite ? Ne peut-il y avoir chez les brightiques, passage d'une partie de l'albumine du sérum dans le liquide C. R. ? Nous avons eu à plusieurs reprises, l'occasion de faire des ponctions lombaires chez les brightiques, soit dans un but diagnostique, soit dans un but thérapeutique. Jamais nous n'avons trouvé une teneur exagérée en albumine de leur liquide. Nous nous sommes reporté à un travail de Carrière (2) fait sur le même sujet. Lui aussi a trouvé des liquides normaux ou à peu près normaux au point de vue quotité albumineuse. Chez notre malade, M. Joris qui a bien voulu nous faire un dosage chimique, a trouvé 1 gr. 50 pour 1.000 d'albumine, ce qui représente un pourcentage, sinon très élevé, au moins assez fort. Une pareille albumine confirme le diagnostic clinique de méningite.

Quant à l'absence de réaction cellulaire dans le liquide C. R., elle ne doit pas trop étonner. Les malades de Lépine avaient également un liquide acellulaire. Peut-être l'urémie détermine-t-elle une irritation méningée aseptique, ne donnant lieu qu'à une réaction cellulaire très passagère. A une première ponction faite un peu tardivement, notre malade n'avait que quatre ou cinq éléments par champ. A une deuxième ponction, ceux-ci avaient disparu. Une ponction plus rapide nous eût peut-être donné une exsudation cellulaire plus intense, et il est bon de rappeler à ce propos, le fait de Chauffard (loco citato) qui, au cours d'une urémie aiguë, eut une polynucléose rachidienne très passagère.

Si nous nous reportons maintenant à notre vérification anatomique, nous sommes bien obligés d'admettre encore chez notre malade le rôle de l'urémie. Certes, celui-ci était alcoolique, et de l'alcoolisme pouvaient relever les adhérences méningées, l'aspect laiteux de la méninge, mais non l'œdème, les bulles d'œdème que nous avons vues étalées sur le pôle frontal et sur la région rolandique. Et puis, notre

(1) Lépine, *Sem. Méd.*, 1907, p. 361.
(2) Osborne. On the nature and traitement of dropsical diseases. Londres 1837.
(3) Chauffard, *Sem. Méd.* 1079, p. 541.

(1) Kernig. Zeitschr. f. Klin. Méd. 1907.
(2) Carrière, Arch. gén. de Méd. 1894.

malade était depuis deux mois dans le service, privé d'alcool. Pourquoi aurait-il fait alors un épisode d'origine alcoolique ?

Le ramollissement cortical ancien, trouvé sur le lobe occipital, ne nous semble pas davantage devoir entrer en ligne de cause. Il ne pouvait expliquer aucun des symptômes cliniques. Nous ne discuterons point non plus l'hypothèse de méningite pneumonique, le malade ayant eu un petit foyer pulmonaire un mois et demi avant l'apparition des symptômes méningés.

Il nous semble donc indiscutable que nous ayons eu à faire à un état méningé d'ordre urémique. Faut-il incriminer la rétention azotée, la rétention toxique complexe ? Faut-il mettre en cause l'œdème cortical en rapport direct avec la méninge ? Faut-il incriminer une infection surajoutée terminale ? Nous ne saurions le dire. Mais l'autopsie nous semble plutôt faire croire au rôle de l'œdème, irritant par sa présence mécanique et par ses produits toxiques.

Resterait à expliquer pourquoi la méningite n'est pas plus fréquente au cours de l'urémie. Mais tout d'abord, il est assez rare de constater, comme chez notre malade, un véritable placard œdémateux au contact même de la méninge. Et puis, peut-être ne regarde-t-on pas d'assez près les urémiques à leur stade terminal, et laisse-t-on passer inaperçus de nombreux états méningés.

En tout cas, depuis cette autopsie, examinant à ce point de vue tous nos brightiques, nous avons eu la bonne fortune de trouver un urémique présentant également deux jours avant la mort, un syndrome méningé (raideur de la nuque et du tronc, pouls ralenti, troubles vasomoteurs). Une ponction lombaire nous donna du sang pur, et, à l'autopsie, nous trouvâmes une hémorragie méningée terminale, facilement explicable par l'hypertension artérielle continue, arrivant à des paroxysmes violents, brusques au moment de crises convulsives constatées quelques jours avant le syndrome méningé.

De pareils faits sont intéressants à signaler. Ils doivent faire admettre de plus en plus, l'existence de syndromes méningés au cours de l'urémie chronique.

REVUE DE BIOLOGIE

La cholestérinémie au cours de la tuberculose pulmonaire, (*Soc. de Biol.*).

MM. Chauffard, Ch. Richet fils et Grigant ont observé que le dosage de la cholestérine du sérum donne des résultats très différents chez les tuberculeux, suivant qu'ils sont apyrétiques ou fébriles. Dans le premier cas, la cholestérinémie reste normale. Elle est plus ou moins abaissée dans le second, et d'autant plus que l'état général est plus grave et la fièvre plus élevée. Les chiffres les plus bas (0,40 et 0,50) ont été trouvés dans un cas de tuberculose pulmonaire et osseuse avec dégénérescence amyloïde.

L'hypocholestérinémie a donc la valeur d'un élément de pronostic chez les tuberculeux. Elle accompagne les poussés évolutives de l'infection, s'aggrave avec leurs progrès, disparaît avec leurs rémissions.

L'ingestion d'huile de foie de morue, loin d'augmenter le taux de la cholestérinémie, semble plutôt l'abaisser.

L'hérédo contagion des spirilloses, (*Soc. de Biol.*).

D'après les recherches de M. L. Nattan-Larrier, les spirilles de la fièvre récurrente, qu'il s'agisse du spirille d'Obermeier ou du spirille de Dutton, peuvent passer de la mère au fœtus. Cette hérédo-contagion ne s'observe que dans 80 p. 100 des cas environ. Les spirilles qui parviennent à franchir le tissu placentaire sont toujours peu nombreux, mais ils conservent toute leur virulence. L'infection fœtale se réalise plus facilement lorsque la spirillose maternelle est intense et prolongée. Lorsque la grossesse est à son début, l'infection héréditaire est plus massive et provoque souvent la mort du fœtus.

Action du traitement bromuré associé à la déchloruration, (*Soc. de Biol.*).

MM. Sarvonat et Crémieu (de Lyon) ont recherché expérimentalement comment s'explique l'activité plus grande que possède le traitement bromuré quand on l'associe à la déchloruration. Deux chiens, l'un soumis au régime déchloruré, l'autre à un régime fortement salé, reçoivent une même quantité de bromure ; un dosage rigoureux pratiqué dans les centres nerveux de chacun d'eux montre que les tissus de l'animal déchloruré ont fixé deux fois plus le brome que ceux du témoin. En employant une expérience analogue l'iodure à la place du bromure, les auteurs ont ceux du témoin. Ils concluent que la déchloruré près de quatre fois plus d'iode que dans ceux du témoin. Ils concluent que la déchloruration facilite la fixation du brome et de l'iode dans l'organisme ; que par cette fixation s'explique l'hyperactivité toxique et thérapeutique du bromure dans ces conditions ; qu'il y aurait lieu enfin d'étendre les applications thérapeutiques de la déchloruration à l'emploi du traitement ioduré.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

Le lever précoce des nouvelles accouchées, par R. de Bovis (*Sem. méd.*).

A l'exemple de quelques chirurgiens faisant lever leurs opérées de laparatomies, un certain nombre d'accoucheurs ont voulu, eux aussi, faire lever leurs patientes dès les premiers jours qui suivent la délivrance.

A les en croire, le lever tardif n'a que des inconvénients : il favorise la paresse digestive, l'anémie, la lenteur de l'involution utérine, la rétroversion de la matrice et surtout la phlébite. Le lever précoce se rapproche au contraire de l'état de nature et ses avantages seraient multiples.

Cette thérapeutique révolutionnaire a suscité de vives polémiques et, comme il arrive en toute discussion, chaque parti s'en est pris aux points extrêmes de la théorie adverse. Pour être juste cependant, il convient d'observer que les indications ou contre-indications admises par les protagonistes du mouvement sont en somme fort prudentes : le lever précoce est réservé aux nouvelles accouchées tout à fait bien portantes et dont les couches n'ont présenté ou ne laissent prévoir aucune complication ; si M. Krönig fait lever ses patientes au deuxième ou au troisième jour, il faut reconnaître aussi qu'il ne leur en fait pas une obligation et que se lève qui veut.

La méthode paraît offrir quelques avantages incontestables, les forces reviennent plus vite. Les petites infections du puerpérium imputables à la rétention lochiale sont, de l'aveu de tous, en moins grand nombre.

Par contre, il est d'autres avantages plus contestables. Alors que la plupart des défenseurs actuels du lever précoce prétendent que l'involution puerpérale de l'utérus s'opère ainsi plus rapidement, M. Meurer soutient le contraire.

Tout aussi contestée est la question de la rétrodéviation. D'après M. Heimann, les rétrodéviations seraient beaucoup moins fréquentes avec le lever précoce, alors que, suivant la petite statistique de M. von Velt, les deux thérapeutiques en cause semblent placées à cet égard sur le même pied.

Nous passerons rapidement sur la question de l'involution utérine. Il n'est pas douteux qu'à ce point de vue, on peut être très facilement tendancieux sans le vouloir et sans s'en douter. On se trompe sur le volume d'une tumeur abdominale grosse comme une tête d'adulte ; peut-on espérer plus d'exactitude, quand il s'agit d'un utérus guère plus gros que le poing.

Quant aux rétrodéviations, c'est une question assez complexe et l'on ne saurait s'étonner beaucoup des contradictions entre observateurs. Un utérus puerpéral, par suite de son volume, se tient le plus souvent debout, comme le ferait un fibrome. Mais, justement pour cette raison, ce n'est pas durant la période puerpérale qu'on peut apprécier quelle sera la situation définitive de la matrice. La preuve que le décubitus horizontal est « per se » un facteur de rétrodéviation est donc encore à fournir.

D'ailleurs, le nœud du débat est la question de la phlébite. Les femmes restant couchées ont-elles plus ou moins de phlébites que les femmes qui se lèvent ?

Là encore on a fourni des réponses divergentes sur 1.000 levers précoces, M. Küstner n'a jamais vu de phlébite ; observons cependant que ses nouvelles accouchées ne se lèvent qu'après le cinquième jour. M. Gauss, à son tour, a pu citer 1.000 cas de lever précoce avec huit phlébites. Celles-ci s'étant produites chez des patientes qui s'étaient levées après le sixième jour. M. Gauss en conclut à l'innocuité et même aux bienfaits du lever précoce. M. Meurer, pourtant, a été moins heureux ; il a eu deux phlébites sur 100 cas seulement de lever précoce. D'autre part, M. von Herff qui, dans ces dernières années, s'est montré de plus en plus libéral relativement au traitement de ses nouvelles accouchées, n'a observé aucune diminution dans la proportion des phlébites observées à la clinique gynécologique de Bâle.

Quelle que soit la défense de M. Gauss, sa proportion de phlébites paraît élevée. De statistiques considérables, il résulte que la phlébite ne s'observe que dans la proportion 0,5 à 0,6 pour 100.

L'embolie pulmonaire est beaucoup plus rare ; elle ne se voit qu'une fois sur deux mille accouchements et se termine fatalement une fois sur deux. Pour décider de l'innocuité du lever précoce, il faudrait donc de grosses statistiques ; mais il n'en a pas encore été fourni, la plupart ne portent que sur quelques centaines de cas.

Cela n'empêche qu'on a déjà observé des faits de mort par embolie à la suite du lever précoce. A dire vrai, certaines de ces morts sont assez injustement mises au compte de la nouvelle méthode. Les deux faits de M. Ziegenspeck se produisirent à la campagne ; nous en ignorons les détails et il se pourrait très bien que les patientes eussent été des cardiopathes. On peut en dire autant des deux faits de M. Müllerheim ; les renseignements cliniques concernant l'état du cœur font défaut ; or, ce point a de l'importance, vu que c'est une contre-indication formelle au lever précoce. La malade de M. Fromme avait été touchée une dizaine de fois — ce qui, malgré toutes les précautions antiseptiques, est presque une garantie d'infection — et elle avait été délivrée par la méthode de Crédé, laquelle n'est pas tendre pour l'utérus et ses vaisseaux ! Quant à celle de M. Scherer, elle fut encore plus mal choisie : il s'agissait d'un avortement et la patiente eut de la fièvre la veille de son curettage ; dès le troisième jour qui suivit l'intervention, une infection puerpérale grave se dé-

veloppait; la phlébite apparut vers le quinzième et l'embolie ne se produisit que deux semaines plus tard. Ce serait de mauvaise guerre que d'imputer au lever précoce les accidents présentés par cette malade; elle était infectée avant de sortir du lit et l'infection a sans doute joué dans le développement de sa phlébite un rôle qui efface tous les autres.

Bref, nous ne voyons encore que le fait de M. Höhne qui puisse être sérieusement mis au compte du lever précoce. Quand donc les partisans de ce dernier prétendent que thromboses et embolies ne frappent que les sujets qui en seraient atteints sans cela, peut-être n'ont-ils pas tout à fait tort. N'oublions pas, cependant, qu'à Java, où les femmes se lèvent dès le premier ou le deuxième jour qui suit leur accouchement, M. Wagener prétend que les embolies, si l'on peut dire, courent les rues; il est vrai que leur « lever précoce » est plutôt du « travail précoce ».

Par contre, en voyant le soin, très légitime, avec lequel Küstner, M. Kronig et autres trient les nouvelles accouchées autorisées à se lever, nous ne pouvons pas ne pas raisonner comme ils le font eux-mêmes en face des phlébites : leurs patientes, dirons-nous à notre tour, n'auraient certainement eu ni thromboses, ni embolies, en restant dans leur lit, car deux facteurs capitaux, sinon essentiels, leur faisaient défaut : l'infection et une cardiopathie.

Il semble donc que la nouvelle thérapeutique n'offre ni tous les dangers ni toutes les vertus qu'on lui prête. Il est douteux qu'elle mette à l'abri des thromboses et son action préventive à l'égard des rétrodéviations paraît des plus hypothétiques. Il se peut même que plusieurs de ces nouvelles accouchées, qui quittent si gaillardement l'hôpital où on les laissait se promener, soient moins vaillantes chez elles.

Il ne resterait ainsi au lever précoce que l'avantage de permettre un retour plus rapide à la vie normale et de diminuer le nombre de ces petites élévations fébriles si communes durant les suites de couches. Mais reste alors à se demander si ces petits avantages ne sont pas contrebalancés par des inconvénients plus sérieux.

La nouvelle accouchée a un gros utérus et ce gros utérus se tient tout seul; il sert comme d'opercule à la fente pubo-anale élargie ou déchirée. Mais, quand il ne sera pas plus gros qu'une main d'enfant, le releveur de l'anus et le périnée l'arrêteront-ils au passage, si la femme s'est levée au troisième ou cinquième jour? On peut en douter, surtout dans le cas où les muscles, au lieu d'être distendus, ont été déchirés. Mais qui le dira, puisqu'il s'agit de phénomènes se passant dans l'intimité du pelvis et que le toucher, par crainte d'infection, doit être évité? Les partisans du lever précoce répondent bien que plusieurs semaines, voire plusieurs mois après l'accouchement, ils n'ont rien observé d'anormal à cet égard. Mais cette réponse est insuffisante, car un prolapsus preud des années pour se développer.

Autre considération. La nouvelle accouchée a couramment entre ses muscles grands droits de l'abdomen un écart de 10 centimètres. Si elle se lève, qui les rapprochera? Bien sûr pas l'intestin, non plus que son utérus qui viennent peser contre la mince toile aponévrotique qui les réunit. Sa situation, notons-le bien, est inférieure à celle de l'opérée qui, elle, est soutenue par des sutures. A cela on répond, cependant, que le palper des ambulantes montre des muscles droits bien fermes et actifs. Nous le croyons, mais on oublie de nous apprendre s'ils se sont rapprochés.

Il est bien entendu, nous dit encore M. E. Martin, que la nouvelle accouchée a la permission de se lever, non de travailler. A l'hôpital, cette distinction est facile. Mais s'imagine-t-on qu'elle sera observée dans la clientèle pauvre? Aussi les médecins praticiens ou ceux qui forment des sages-femmes voient avec méfiance pareil libéralisme. Ils n'ont pas tort : l'ouvrière qui accouche chez elle abuse déjà du lever précoce, que sera-ce le jour où elle apprendra que dans les cliniques on se lève au second jour des couches?

Et le cœur? A l'hôpital ou dans certains milieux, on y prendra garde, mais ailleurs, compte-t-on sur la sage-femme pour le juger? C'est pourtant un organe que toute gestation affecte. Il a bien droit au repos et nous ne savons si la tachycardie constatée par tous après les levers précoces est un symptôme indifférent.

En passant dans les mœurs comme une chose légitime et permise, le lever précoce comporterait donc certains dangers.

Du reste, ces campagnardes ou ces ouvrières auxquelles on nous renvoie si volontiers, ceux qui les connaissent savent qu'elles ont d'énormes ventres et des utérus fort pesants. Comme le disent MM. Brandt et Horn, le prolapsus est une maladie de prolétaires. Sur ce point force est de reudre justice à l'enquête dont Mme Darcanne-Mouroux entretenait récemment la Société d'obstétrique de Paris. Leurs travaux pénibles, il est vrai, sont bien responsables de cette situation, beaucoup plus rare dans la classe aisée; raison de plus de prendre toutes les mesures nécessaires pour leur assurer un bon périnée ou un ventre solide.

Qu'on modifie un peu les règles du décubitus horizontal, qu'on autorise les positions latérales, qu'on y joigne les exercices de gymnastique appropriés, comme le fait M. Schückingz nous n'y voyons aucun mal, mais considérer le repos horizontal comme nuisible et le lever précoce comme une panacée, nous paraît une proposition insuffisamment établie.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Traitement de l'érythrasma, par le Dr A. Sabouraud (*Bul. Génér. de thérap.*)

L'érythrasma ou intertrigo inguinal siège à la face interne de la cuisse, sous le pli inguinal. Plus fréquente chez l'homme et à gauche, à cause du contact des bourses, on voit une ou plusieurs plaques rouges, rondes, à contour régulier, d'un rouge sombre, finement squameuses. On note du prurit, plus vif au moment des chaleurs.

Cette affection due au *microsporon minutissimum* n'est d'ailleurs pas grave et guérit aisément. Comme pour le pityriasis versicolor, on fait tomber les couches épidermiques où siège le parasite

Avec un pinceau d'ouate on badigeonne assez fortement pour décoller l'épiderme mortifié déjà; on emploie le mélange :

Teinture d'iode fraîche ...	20 grammes
Liqueur d'Hoffmann......	100 —

On laisse sécher, puis on applique légèrement la pommade :

Calomel à la vapeur	0,30 centigr.
Tanin à l'éther...... ...	0,30 —
Vaseline...............	30 grammes

On essuie un peu et on poudre à la poudre de talc.

On fait chaque jour ce traitement précédé d'un savonnage léger de la région.

La tache brunit, disquamme, et huit jours après s'efface. On cesse le traitement au bout de quelques jours; mais trois semaines après on peut voir une légère récidive qu'on traite comme une première atteinte. Il est bon d'en prévenir le malade, car elle s'observe fréquemment.

CARNET DU PRATICIEN

Syphilis des enfants

Syphilis héréditaire tardive. — Le traitement doit s'inspirer des règles qui président au traitement des accidents tertiaires de la syphilis acquise; on doit insister sur l'iodure de potassium (2, 3, 4 grammes par jour, suivant l'âge de l'enfant). Dans les cas à marche ulcéreuse et rapide, on ne donnera que l'iodure de potassium. On y ajoutera les frictions mercurielles (traitement mixte) pour les cas rebelles et pour ceux où il faut agir vite : menace de perforation palatine, d'effondrement du nez. Concurremment, on donnera les toniques, l'huile de foie de morne, le sirop iodo-tannique, les bains salés, les bains de mer.

Syphilis héréditaire précoce. — Friction à l'onguent napolitain, gros comme une noisette chaque jour. Ne pas faire deux frictions consécutives à la même place.

En cas de syphilis cutanée, bain de sublimé:

Sublimé.................	2 à 4 grammes
Alcool.....	10 —
Eau du bain...	40 —

Quant l'enfant aura 8 ou 10 mois, donner dans du lait 1 cuillerée à café de sirop de Gibert, ou 1 à 2 grammes de liqueur de Van Swieten.

A un enfant syphilitique, pas de nourrice mercenaire, non atteinte de syphilis : si la syphilis se déclare alors que l'enfant a été mis en nourrice, le retirer, si cette dernière n'est pas encore atteinte; si elle a été contaminée, l'allaitement sera continué sans préjudice des questions médico-légales que cette éventualité soulève (secret professionnel à l'égard des parents responsables et de la nourrice victime, indemnité à cette dernière, etc.).

Syphilis acquise. — Même traitement que dans la syphilis précoce : si une mère ayant contracté la syphilis dans les derniers mois de la grossesse, met au monde un enfant sain, on ne permettra pas que cet enfant tette sa mère, qui pourrait le contaminer; on ne permettra pas non plus qu'il tette une nourrice étrangère, car il n'est pas certain qu'il soit indemne de la syphilis. Il sera donc soumis à l'allaitement artificiel.

Le traitement mercuriel sera réalisé par les frictions, ou par l'ingestion de:

Biiodure de mercure.......	0 gr. 10
Iodure de potassium........	5 grammes
Eau distillée...............	5 —
Sirop......................	240 —

1 cuillerée à bouche contient 0,01 de sel mercuriel et 0,50 d'iodure de potassium.

Chez l'enfant à la mamelle, donner 1/4 à 1/2 cuillerée à café en 4 ou 5 fois dans les 24 heures.

Chez un enfant de	2 ans,	1 cuillerée à café.
—	de 3 à 5 ans,	2 —
—	de 5 à 8 ans,	3 —
—	de 8 à 12 ans,	4 —

Chez le nourrisson, de 5 à 6 semaines, on peut aussi prescrire:

Liqueur de Van Swieten......	XX gouttes

par jour, en 4 fois, dans du lait.

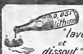
Les injections de biiodure (voir plus haut) peuvent avec avantage être utilisées chez l'enfant : on injectera de 1/4 (2 ans) à 1 centigramme (10 ans) suivant l'âge.

Dr Comby.

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 17.500 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 33, rue J.-J. Rousseau

Le Gérant : Docteur Lucien-Graux.


0,031 lithine
"lave et dissout"

ÉCHOS

Les sept millions de la Fondation Loutreuil.

La fondation Loutreuil est, avec la fondation Commercy de 4.000.000 de francs à la Faculté des Sciences, l'une des plus élevées qui aient jamais été faites. Elle ne servira pas à la création de prix. Ses revenus seront laissés à la disposition des académiciens. Et ceux-ci auront la liberté la plus complète pour en régler l'emploi dans l'intérêt le plus large de la science et, par suite, de l'humanité.

Des encouragements précieux pourront ainsi être accordés aux établissements de haute culture scientifique, ainsi qu'aux savants, dont le travail, débarrassé de préoccupations matérielles, deviendra plus intense et plus efficace.

Un comité composé de représentants, élus pour trois ans, du Muséum, du Collège de France, du Conseil central des observatoires, du Conseil de perfectionnement de l'Ecole polytechnique et de chacune des Ecoles vétérinaires d'Alfort, de Lyon et de Toulouse, sera chargé d'étudier la légitimité des demandes d'allocations.

La décision appartiendra à un Conseil comprenant le président en exercice de l'Académie des Sciences, ainsi que ses deux secrétaires perpétuels, et trois de ses membres, désignés l'un par la section des sciences mathématiques, l'autre par la section des sciences physiques, le troisième par la section des académiciens libres.

Si l'Académie des Sciences entrait bientôt en possession de sa fondation, quelques-uns de ses membres demanderaient à ce que les premiers revenus fussent affectés à la construction d'un laboratoire pour M. Branly.

La Maison du Médecin.

Les journaux ont annoncé, récemment, le suicide d'un malheureux confrère, poussé par la misère à cet acte de désespoir. La concurrence avait enlevé à ce praticien âgé le peu de clientèle qui lui restait fidèle.

Sans doute, notre confrère ne savait pas que la « Maison du Médecin » était toute prête à l'accueillir, s'il s'était adressé à elle.

La propriété de Brezolles, en Eure-et-Loir, est aujourd'hui parfaitement aménagée en maison de retraite.

On nous prie d'informer nos lecteurs que les prix de pension fixés par les statuts sont des prix de principe. La pénurie ne doit pas empêcher les médecins infortunés de demander leur admission. Il sera pourvu à l'insuffisance partielle — ou même totale — de leurs ressources par les bourses dont dispose l'Association, ou par les subventions des Sociétés similaires.

En portant à la connaissance du monde médical ces dispositions particulièrement philanthropiques, la « Maison du Médecin » réalise pleinement le programme qu'elle s'était tracé.

Société Internationale de Chirurgie.

Le IIIe Congrès de la Société Internationale de chirurgie aura lieu à Bruxelles du 26 au 30 septembre 1911.

A l'occasion de ce Congrès, il sera organisé :

1° Une Exposition de pièces et de documents relatifs à l'étude et au traitement des fractures, à laquelle pourront participer tous les médecins qui en auront fait la demande au secrétaire général, demande qui sera soumise au comité national pour agrégation.

2° Une Exposition d'appareils et d'instruments de chirurgie.

Les séances de la Société seront publiques, mais seuls les membres effectifs seront autorisés à prendre part aux discussions.

Trois questions ont été mises à l'ordre du jour :

I. *Chirurgie pleuro-pulmonaire.* — Rapporteurs : MM. Garré (de Bonn), Gandier (de Lille), Girard (de Genève), Lenormand (de Paris), Ferguson (de Chicago), Van Stockum (de Rotterdam), Sauerbruch et Friedrich (de Marburg).

II. *Colites.* — MM. Sonnenburg (de Berlin). Segond (de Paris), Gibson (de New York), d'A cy Power (de Londres).

III. *Pancréatite.* — Rapporteurs : MM. Michel (de Nancy), Korte (de Berlin). Giordano (de Venise).

Pour tous renseignements, prière de s'adresser au secrétaire général, M. le professeur Depage, 75, avenue Louise, à Bruxelles.

Un touchant hommage au médecin-major Mesny.

La dernière inspection mensuelle du directeur de l'Ecole de Médecine navale, le médecin général Chevalier, a été marquée par une manifestation qui a causé une profonde impression parmi les nombreux élèves de cet établissement.

Au cours de cette inspection, M. Chevalier a relaté les circonstances émouvantes dans lesquelles le docteur Gérard Mesny, médecin major des troupes coloniales, a succombé aux atteintes de la peste, en Mandchourie. Après avoir rappelé que M. Mesny était un ancien élève de l'Ecole de Bordeaux, qu'il dirigeait à Tien-Tsin l'Ecole impériale de médecine chinoise, et avoir dit quelle mort courageuse fut celle du malheureux officier, M. Chevalier a terminé ainsi son allocution : « Notre camarade est mort victime de son dévouement, modestement, en héros. Tout commentaire amoindrirait la grandeur d'un tel acte qui impose le respect, l'admiration et le silence. Bornons-nous donc à honorer sa mémoire en gravant pieusement son nom sur la plaque commémorative, déjà bien chargée, des anciens élèves de l'Ecole morts au champ d'honneur. »

REVUE FINANCIÈRE

Un mouvement de faiblesse s'est dessiné mercredi dernier à la Bourse et il s'est fait sentir sur presque toutes les valeurs de la cote. On a mis en avant les nouvelles alarmantes du Mexique et du Maroc. Les baissiers ont eu beau jeu et on ne s'est presque pas aperçu d'une décision pourtant importante de la Banque d'Angleterre réduisant de 3 1/2 à 3 0/0 le taux de son escompte.

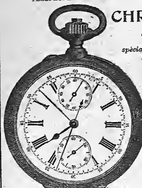
Les banques ont particulièrement faibli : le Crédit Lyonnais a touché 1488 après 1505, la Banque de Paris 1795 une baisse de 32 francs, le Crédit Foncier 831 après 841, la Banque d'Algérie 1940 après 1967, le Comptoir d'Escompte 915 après 930, l'Union parisienne s'est échangée à 1132 venant de 1190.

La Banque Centrale du Mexique a touché 455 et a remonté peu après ainsi que la Banque nationale du Mexique et tout le compartiment des valeurs mexicaines. Cette semaine a été particulièrement fructueuse pour les capitalistes qui ont eu le courage de saisir les occasions excellentes de la cote en achetant les bonnes valeurs de banques à des prix très bas. La hausse était évidente et la réaction n'a pas tardé à se produire.

Nous avons signalé récemment les Motor Cab qui, rapportent, plus de 10 0/0 aux cours actuels et qui selon nos prévisions ont monté de 9 francs.

D'excellentes opérations vont pouvoir se pratiquer sur nombre de valeurs de la cote qui ont trop baissé et dont le cours normal n'a pas été encore reconquis.

A. S. WEIL.



82e Année (Série XIIIe) — N° 86 | Le Numéro : 25 Centimes | Mercredi 22 Mars 1911

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

Abonnements et Vente au Numéro
Librairie Médicale J. ROUSSET
1, Rue Casimir-Delavigne
PARIS

ABONNEMENTS :
Paris et Départements ... 10 fr.
Union postale .... 15 fr.
Edition Espagnole .... 10 fr.
Edition Portugaise .... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

DIRECTION & RÉDACTION
11 bis, Rue Villebois-Mareuil, PARIS
DIRECTEUR :
Dr LUCIEN GRAUX
Lauréat de l'Institut

Ancienne *Gazette de Santé*
(139e Année)

Hors concours, Membre du Jury
Exposition franco-britannique 1908
Vice-Prés. Expos. Bruxelles Cl. 16

ÉCHOS

Académie des Sciences morales et politiques.

La semaine dernière, l'Académie a élu membre correspondant M. le docteur Lacassagne, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Lyon.

Concours de médecin de l'Assistance médicale.

Le jury est composé de M. Dorison, Mme Peltier, MM. Bizard, Marquezy et Saintu.

Association espagnole d'Urologie

Une nouvelle association vient de se constituer à Madrid, le bureau en est le suivant :

Président, docteur Gonzalez Bravo ; Vice-président, docteur Antonio Bravo ; Secrétaire général, docteur Carlos Negrete ; Secrétaire, docteur Angel Pulido ; Trésorier, docteur Pedro Cifuentes ; Membres, docteurs German Azua et Enrique Perez Gande.

Le premier congrès de cette association se tiendra à Madrid les 16, 17 et 18 mai prochain. L'ordre du jour officiel portera : Traitement de l'uréthrite chronique.

L'abus du tabac.

La Société contre l'abus du tabac vient d'ouvrir un nouveau concours. Parmi les questions mises à l'étude, on remarque, notamment, celle qui concerne les médecins, celle qui est du ressort des instituteurs et celle qui intéresse le public en général et les fumeurs eux-mêmes. Le programme faisant connaître la valeur des prix et les conditions du concours sera envoyé gratuitement, sur demande adressée au président, rue Jacob, n° 12, Paris, 6e.

Un monument au professeur Cornil vient d'être inauguré à l'Ecole Pratique de Médecine.

L'inauguration du monument du professeur Cornil a eu lieu dans l'Ecole Pratique de la Faculté de Médecine. Cette cérémonie a été présidée par M. Fallières, autour de qui, sur l'estrade, on remarquait : MM. Loubet ; le professeur Landouzy ; Mme Victor Cornil, veuve du professeur ; MM. Antonin Dubost, président du Sénat ; Messimy, ministre des Colonies ; Dujardin-Beaumetz, sous-secrétaire d'Etat aux Beaux-Arts ; Galli, président du Conseil général de la Seine ; Maurice Quentin, vice-président du Conseil municipal ; de Selves, préfet de la Seine ; Bayet, directeur de l'Enseignement supérieur ; Lépine, préfet de police, etc...

Des discours ont été prononcés par MM. Loubet, comme président du Comité d'organisation ; Fallières, qui rendit hommage à l'Ecole de Médecine ; le docteur Coudray, au nom des amis et élèves du professeur ; le professeur Landouzy, qui a exposé l'œuvre de Victor Cornil ; les docteurs Gariel, Lucas Championnière, Blondel et M. Bayet, qui a glorifié « l'homme qui pendant plus de quarante ans, de 1866 à 1907, de toute son intelligence, de toute ses forces, de tout son talent, a bien servi la science et l'Université ».

Le monument est l'œuvre du sculpteur-docteur Paul Richer. Il se compose d'un petit édifice au sommet duquel se trouve le buste du professeur Cornil. En bas, la « Vérité personnifiant l'Idéal scientifique », tend une palme au Maître regretté.

On sait qu'un premier monument a déjà été élevé à la mémoire du professeur Cornil, dans sa ville natale.

Facultés de Médecine de Lyon.

Un congé, du 1er mars au 30 juin 1911, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Poncet, professeur de clinique chirurgicale.

M. Leriche, agrégé, est chargé, en outre, du 1er mars au 30 juin 1911 (durée du congé accordé à M. Poncet), d'un cours de clinique chirurgicale.

Legs généreux.

Le docteur Lepiez, ancien médecin en chef de l'hôpital de Saint-Germain, décédé récemment à Biarritz, vient de léguer à la ville : 20.000 francs pour l'hôpital ; 10.000 francs pour le bureau de bienfaisance ; 5.000 francs pour les orphelins ; 5.000 francs pour la crèche ; 5.000 francs pour les orphelins de l'hôpital. En plus, il lègue à l'hôpital ses instruments de médecine et de chirurgie, une bibliothèque de grande valeur, sous condition de fondation d'un lit pour un vieillard domicilié depuis au moins dix ans dans la ville. Une somme de 10.000 francs est léguée à l'Associations des médecins de Seine-et-Oise.

Association d'enseignement médical des Hôpitaux de Paris.
Hôpital des Enfants-Assistés, 74, rue Denfert-Rochereau.
Conférence d'hygiène et de clinique infantiles, par le Dr G. Variot.

Le Dr Variot reprendra ses conférences d'hygiène et de clinique infantiles, le lundi 20 mars, à 10 heures et demie, salle de la grande crèche, et les continuera chaque lundi à la même heure.

Le Dr Variot étudiera spécialement la ration alimentaire des nourrissons normaux, débiles et atrophiques.

Modification à la tenue des médecins militaires.

Jusqu'ici les médecins militaires devaient porter à leur képi des galons *plats*. Le ministère de la Guerre vient de décider que désormais ils porteront au képi des galons ronds dits *en soutache* du même modèle que ceux des officiers d'infanterie.

Faculté de médecine d'Alger.

M. Hérail, professeur de matière médicale, est chargé, en outre, du 1er janvier au 31 octobre 1911, d'un cours complémentaire de thérapeutique.

Hôpitaux de province. — Lyon.

Le concours pour une place de chirurgien des hôpitaux vient de se terminer par la nomination du docteur Patel.

Ecole de Médecine de Caen.

Un congé, du 10 février au 10 avril 1911, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Noury, professeur de clinique obstétricale.

Médaille militaire.

Il y a quelques jours, le général Guérin a remis la médaille militaire au cavalier Steinhelmer, étudiant en médecine, qui venait de subir l'amputation du bras droit à la suite d'une infection contractée en soignant des malades à l'infirmerie de la Part-Dieu.

Exposition d'hygiène de Tunis.

A l'occasion de l'exposition d'hygiène de Tunis, il sera tenu, en cette ville, du 18 au 21 avril, sous la présidence du Dr Conseil, directeur du bureau d'hygiène de Tunis, un Congrès d'hygiène coloniale.

Les docteurs en médecine qui désirent faire des communications, des conférences, doivent adresser une demande d'inscription au Dr Froussard, président du Comité parisien, 55, rue Cardinet, Paris.

Dans les locaux de l'exposition sont réservées des vitrines pour les travaux, livres, instruments médico-chirurgicaux qui y seront exposés, moyennant le prix forfaitaire de 10 francs pour le premier volume ou instrument et 5 francs pour les autres.

Les envois doivent être adressés, jusqu'au 25 mars, au Dr Guillet, secrétaire du Comité, 4, rue Say, et le montant de la souscription à M. Trèves, trésorier, 12, rue de Hanovre.

Les exposants jouiront de tous les avantages réservés à l'exposition.

INTÉRÊT DE L'INSPECTION DE L'URINE

DANS LE

Traitement recalcifiant de la Tuberculose

Par le Docteur PAUL FERRIER

Il y a un avantage primordial à baser l'alimentation des tuberculeux sur l'examen journalier, grossier, de leurs urines.

Celles-ci seront recueillies systématiquement par 24 heures et on les laissera refroidir à la température de la pièce. A ce moment, des urines de volume normal, provenant d'organes urinaires sains d'autre part, peuvent, ou rester claires, ou présenter soit un trouble et un dépôt floconneux, soit un trouble plus régulier, suivi d'un dépôt blanc jaunâtre pulvérulent.

Pour la direction du traitement, point n'est besoin d'*analyser* ces urines, et l'on conçoit les facilités offertes par cette manière de faire dans l'exercice de la médecine à la campagne.

Les urines claires ne nécessitent aucune modification de régime, et il n'y a pas lieu de se préoccuper du trouble floconneux.

Mais le dépôt blanc jaunâtre dénote une des fautes alimentaires qui doivent être recherchées et corrigées aussitôt, tout retard étant nettement préjudiciable.

Or, chez un individu faisant trois repas par jour, et étant censé vider son estomac par l'ingestion d'eau bicarbonatée calcique une demi-heure ou trois quarts d'heure avant chacun d'eux, on peut diviser les 24 heures en trois périodes digestives, dont chacune représente l'influence prépondérante d'un repas sur la composition du sang et de l'urine. Et on peut regarder la *sécrétion* urinaire afférente à un repas comme commençant deux heures après la fin de l'ingestion de celui-ci, et se terminant deux heures après l'ingestion du suivant.

Donc, en présence d'un bocal qui renferme le dépôt d'urines de 24 heures, il sera très utile, après enquête et correction relative, de faire dorénavant recueillir celles-ci en trois récipients, selon ce qui vient d'être indiqué.

Il pourra se faire qu'on trouve encore le même phénomène dans les trois bocaux ou bouteilles. Les corrections alimentaires devront alors porter sur tous les repas, et on pourra soupçonner une suralimentation clandestine. Peu à peu, avec l'insistance convenable, les résultats deviendront meilleurs, et le dépôt n'apparaitra plus que dans un ou deux des vases. Les recherches sont ainsi limitées. L'amélioration éprouvée par le malade contribue ensuite énormément à lui faire suivre les conseils même très rigoureux qui lui sont donnés, et, par suite, à rendre claire l'urine de toute la journée.

Avant d'atteindre ce but, il faut s'attendre à lutter plus ou moins longtemps contre la suggestion, reçue par le malade, de la *nécessité* de la suralimentation, contre les suggestions et, au bout de peu de temps, contre l'effroi de l'entourage à l'aspect de l'amaigrissement consécutif à la réduction d'aliments parfois indispensable pour obtenir la limpidité constante de l'urine : chez des sujets d'âge mûr la puissance digestive de l'estomac est parfois très inférieure à l'appétit. Loin d'essayer d'entraîner cet organe à un travail plus actif par une alimentation plus copieuse, il faut s'efforcer de lui fournir seulement les aliments qu'il peut évacuer en temps utile, après les avoir correctement transformés.

Etant donné que les erreurs de régime retentissent d'une façon rapide et énergique sur l'évolution des lésions, on se rend compte que le malade, au lieu d'être laissé à lui-même face à face avec ses prescriptions, doit être tenu et suivi de près, visité et *examiné*, si faire se peut, tous les deux jours.

Il sera pourtant souvent impossible de se conformer à cette règle. Le malade, dans tous les cas, prendra soigneusement note, pour son médecin, de l'état journalier de son urine, et pourra de ce fait apprendre à corriger ses propres fautes. Le reste est du ressort du médecin, qui doit scrupuleusement s'informer :

1° De l'heure du repas incriminé, qui a pu être trop rapproché du précédent ;

2° De la quantité d'aliments (surtout hydrocarbonés) ingérés (pain principalement) ;

3° De la qualité des aliments (espèces) : ingestion d'aliments interdits (comme corps gras, alcools de toutes sortes, acides), ou de corps susceptibles de fermenter, comme le lait, pris en boisson, soit au repas, soit entre eux ;

4° De l'évacuation régulière de l'estomac une demi-heure ou trois quarts d'heure avant chaque repas, à l'aide d'un verre d'eau bicarbonatée calcique.

Le traitement ainsi conduit produit des résultats remarquablement rapides, qui font plus ou moins complètement défaut dans le cas contraire. A aucun moment, la surveillance ne doit se relâcher. Et en dehors des précautions dont il vient d'être question, si un médecin peut être certain qu'il a conseillé le traitement, il lui est difficile d'affirmer que le malade s'y est conformé.

De la Rééducation auditive

DANS

LE TRAITEMENT DE LA SURDITÉ

Par le Docteur THOUVENIN

Les spécialistes les plus autorisés reconnaissent à quel point ils sont désarmés pour le traitement de la surdité progressive, due à la sclérose des organes constitutifs de l'oreille moyenne et de l'oreille interne.

Les divers traitements employés, loin de produire une amélioration, précipitent quelquefois la marche de l'affection, et, aggravent souvent les troubles subjectifs, bourdonnements, vertiges, si pénibles pour les malades.

Aussi depuis longtemps a-t-on songé à faire des essais de rééducation auditive, et c'est au professeur Urbantschitsch de Vienne, que revient le mérite d'avoir systématisé cette méthode. Il eut recours à la méthode vocale et à la méthode instrumentale pour laquelle il employa les sons de l'accordéon.

Il eut de nombreux imitateurs dont l'attention s'est portée plus spécialement sur la méthode instrumentale, et qui utilisèrent tour à tour le phonographe, la sirène, les diapasons avec ou sans résonateur. Mais le nombre et la durée considérables des séances et l'incertitude des progrès accomplis n'ont pas permis à cette méthode de se généraliser.

Elle prête, d'ailleurs, au point de vue physiologique, à des critiques sérieuses; si, en effet, on arrive, à force de persévérance, à augmenter l'acuité auditive pour les sons de ces instruments, on n'obtient par contre aucun résultat appréciable pour les sons de la parole.

La méthode orale est de beaucoup supérieure, et cette supériorité réside principalement en la nature physique des sons de la voix humaine. Ceux-ci sont caractérisés par une grande richesse en harmoniques graves et l'absence de tout bruit; c'est ce qui leur donne cette modalité spéciale, agréable à l'oreille.

Malheureusement, cette méthode présente de telles difficultés dans son application que ceux qui y ont eu recours ont dû y renoncer.

En effet, pour assurer des résultats sérieux et durables, il est indispensable de remplir certaines conditions, dont voici les deux principales :

1° La série des sons doit s'étendre de la première jusqu'à la cinquième octave, en passant non seulement par tous les tons et demi-tons, mais par toutes les vibrations entre 100 et 3.500 environ. En d'autres termes, il faut disposer d'au moins quatre ou cinq voix solides et cultivées de basse, baryton, ténor, alto et soprano.

2° L'émission vocale doit être d'une régularité absolue et d'une intensité à la fois constante dans tous les registres, et cependant variable à tout instant, conformément aux besoins de chaque oreille à rééduquer.

On comprend qu'avec la nécessité de séances longues et répétées, aucune voix ne pourrait résister à un pareil surmenage.

Il fallait donc trouver un instrument capable de produire des sons graves, moyens et aigus, et possédant les caractéristiques des sons de la voix humaine. Et, de plus, il fallait trouver le moyen de modifier à volonté l'intensité des sons sans en modifier en même temps la hauteur musicale, et inversement de pouvoir varier la hauteur tout en conservant l'intensité.

M. Zund-Burguet, ancien attaché au laboratoire de phonétique expérimentale du Collège de France, s'est appliqué à résoudre ce double problème. Il eut l'idée de créer des larynx mécaniques, donc infatigables et parfaitement réglables, et il réussit à faire construire un appareil très ingénieux, d'un maniement commode, et réalisant toutes les conditions énoncées plus haut.

Relié à une batterie électrique de trois éléments, cet appareil, composé essentiellement de trois larynx mécaniques où les cordes vocales sont remplacées par des lamelles en platine, est capable de produire avec toutes les intensités désirables des sons aussi identiques que possible à ceux de la voix humaine.

La transmission de ces sons à l'oreille se fait au moyen de récepteurs téléphoniques spéciaux. Ces récepteurs, ou mieux, ces

transmetteurs, sont, à leur tour, réglables à volonté, ce qui fait que leur action peut être facilement et rigoureusement appropriée à la sensibilité de chaque oreille à rééduquer.

Enfin, et c'est là une des particularités de l'appareil, un courant induit peut se superposer au courant primaire. Il se produit ainsi au voisinage des transmetteurs un ébranlement des couches d'air qui détermine une sorte d'ébranlement moléculaire de tout le tractus auditif. Ce phénomène, parfaitement adapté à la nature de l'organe que l'on veut influencer, se traduit à l'intérieur de l'oreille par la sensation agréable d'un léger chatouillement.

Les vibrations émanant de l'appareil semblent donc agir premièrement en tant que phénomène sonore et deuxièmement en tant que phénomène dynamique, et c'est à cette double action qu'il faut attribuer les heureux résultats obtenus par le nouveau mode de rééducation auditive.

La sensation de plénitude dans les oreilles disparaît dès les premières séances et les bourdonnements sont toujours très notablement atténués.

L'efficacité de ce procédé physiologique a été mise en évidence, une première fois, par le docteur John Helsmoortel, otologiste de l'hôpital Marie-Louise d'Anvers, dans un mémoire présenté à l'Académie royale de médecine de Belgique (séance du 26 février 1910); une deuxième fois par le docteur Roure, chef du service oto-rhino-laryngologique à l'hôpital de Valence, dans une communication faite à la Société médico-chirurgicale de la Drôme et de l'Ardèche (séance du 9 octobre 1910).

Un grand nombre de spécialistes français et étrangers appliquent actuellement cette méthode nouvelle de rééducation auditive.

REVUE CLINIQUE

La ligne blanche de Sergent; réflexions sur sa signification clinique et thérapeutique, par le Dr Maurice (*Soc. Méd. des Hôp. de Lyon*).

La ligne blanche de Sergent est un signe dermographique. A ce titre, elle intéresse tout particulièrement le neurologiste et le psychiatre, appelés parfois à examiner des malades peu expansifs et sur lesquels ils n'ont que des renseignements insuffisants ou incorrects. Un médecin de Liége, le docteur Fauconnier, dans une communication au récent Congrès des aliénistes et des neurologistes de Bruxelles, a différencié les deux formes de la raie rouge, et a établi leurs rapports avec les états mentaux.

Aujourd'hui, à propos de quelques malades observés, soit dans notre clinique de la Tour Pitrat, soit en clientèle, nous nous proposons de rechercher la signification physio-pathologique de la raie blanche, signe dermographique considéré par Sergent comme caractéristique de l'insuffisance surrénale (1).

Nous avons retrouvé la ligne blanche chez des nerveux et chez des tuberculeux.

Observation I

Résumé : *Tuberculose pulmonaire. Caverne au sommet droit. Broncho-pneumonie à gauche. Laryngite. Amaigrissement de 31 kilos en 18 mois. Mort.*

Mme X..., 26 ans, cultivatrice, vient nous consulter pour des troubles pulmonaires. Une de ses sœurs âgée de 12 ans est atteinte de tuberculose osseuse.

A 16 ans et demi, première bronchite. Elle cohabitait, à ce moment, avec une de ses amies « poitrinaire ».

Réglée à 14 ans et demi. Très nerveuse. Mariée à 24 1/2. Pas d'enfants. Bronchites fréquentes.

Examen du poumon : Caverne étendue à droite: foyers de broncho-pneumonie à gauche. Expectoration abondante, nummulaire, teintée en vert. Laryngite avec dysphagie.

Cœur : Pas de lésions orificielles. Tachycardie et hypotension marquées. Pouls, 116.

Abdomen : Estomac clapotant; sa limite inférieure semble à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Les selles sont régulières. Pas de vomissements. Anorexie absolue.

Etat général : Amaigrissement cachectique; aspect cadavérique: faiblesse profonde; température centrale 36°,9.

Particularités cliniques : Lorsqu'on percute avec les doigts recourbés en crochet, les fosses sus et sous-épineuses, on provoque une contraction fibrillaire des muscles sous-jacents. Les faisceaux précités soulèvent la peau. L'ensemble rappelle le mouvement des touches d'un piano sous le doigt du joueur. On note encore une *raie blanche* accompagnée du signe localisé de chair de poule si l'on raye la peau du tronc avec l'ongle; ces phénomènes durent de quatre à cinq minutes.

Malgré la gravité des signes objectifs, la malade est pleine de confiance. Ses urines foncées et en quantité moyenne ne contiennent ni sucre ni albumine. Nous insistons sur ce point, notre cliente n'est pas une nerveuse.

Observation II.

Résumé : *Nervosisme. Trois crises d'insuffisance surrénale. Guérison.*

M. X..., 26 ans, employé de commerce.

N'a pas d'antécédents personnels, ni héréditaires. Souffre moralement depuis un an de dissentiments qui ont éclaté entre ses parents et l'un de ses frères.

Vers le 20 *novembre* 1908, après une courte période d'inappétence et d'asthénie progressive, le malade s'est alité. Il présentait de la torpeur générale, des vomissements et de la fièvre. Il fut soigné pour une grippe à forme gastro-intestinale.

Trois mois après, le 10 *février* 1909, nouvelle crise. Nous avons observé ce qui suit : le malade semblait anéanti, effondré, incapable d'effectuer un mouvement; il répondait à peine aux questions qu'on lui adressait; sa parole était lente, sa voix sans tonalité. Le faciès était grippé, le teint terreux. Le malade vomissait des glaires bilieuses et semblait souffrir de crises nauséeuses sourdes. Le pouls était rapide, petit et faible. Le ventre n'était douloureux en aucun point, et le malade présentait une diarrhée légère. La température centrale était de 40°2. Les urines ne renfermaient ni sucre ni albumine.

Comme particularité, on notait au niveau du tronc la *raie blanche type*, et au niveau des incisures dentaires et de la face interne des joues quelques taches brun bleuâtre.

Douze jours après, le 22 *février*, la température était à 36°,9 et restait en hypothermie jusqu'au 2 mars. La raie blanche, l'asthénie générale, l'hypotension et le teint brunâtre des téguments ne sont que légèrement modifiés. Seuls les vomissements et la diarrhée ont complètement cessé.

Le 20 *avril*, nous notons sur le tronc le signe localisé de la chair de poule suivi d'une raie blanche assez nette. Le malade accuse une faiblesse générale persistante.

Du 27 mai au 5 juin, nouvel accès avec réapparition de la raie blanche initiale, de la torpeur générale, de la faiblesse musculaire, des troubles digestifs et de la fièvre. La mère du malade nous demande si ce nouvel accès n'est pas sous le coup d'un chagrin très vif que le malade vient d'éprouver.

Nous portons cette fois le diagnostic d'insuffisance surrénale aiguë chez un nerveux. Nous prescrivons la diète, des antiseptiques intestinaux et 0,30 centigr. d'extrait surrénal en trois doses. L'accès ne dure que quelques jours. La ligne blanche disparaît rapidement cette fois. Après dix jours de médication elle n'est plus nette, et au commencement de juillet nous ne la retrouvons plus. De même s'atténuent les autres signes : couleur brunâtre de la peau, asthénie, hypotension, troubles digestifs.

Nous continuons l'extrait surrénal, à la même dose jusqu'au 10 *juillet*, avec des périodes de repos médicamenteux. A cette date nous remplaçons l'extrait surrénal par l'extrait thyroïdien à la dose de 0,10 centigr. Nous continuons en même temps l'antisepsie intestinale et l'alimentation végétarienne.

Au bout de quatre mois de traitement régulier, le résultat est le suivant : le malade a engraissé de 5 kilos, il est plus gai, presque jovial; il nous met au courant de ses chagrins, causes, nous a-t-il dit, de tous ses accès maladifs. La raie blanche n'existe pas; le pouls est bon et présente 68 pulsations à la minute; la face est étalée, les traits détendus, le teint jaune, mais non foncé.

Notre malade a éprouvé de nouveau des chocs moraux, mais il n'en est résulté aucune crise. Nous lui conseillons de prendre ses repas hors de sa famille et de passer ses dimanches à la campagne.

II

La ligne blanche et les défaillances surrénales.

Dans une conférence, faite le 15 juin 1909, au siège de l'Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris, Sergent attribue à l'insuffisance surrénale les symptômes suivants :

— Pouls petit et instable; hypotension artérielle; tachycardie.

— Anorexie.

— Douleurs généralisées à formes de crampes; demi-prostration.

Tendance au collapsus et aux syncopes.

— Enfin la *ligne blanche*. « Il n'est pas rare, dit Sergent, que l'hypotension artérielle soit très marquée, mesurée par 7, 8 ou 9 au sphygmanomètre de Potain; elle est l'expression clinique la plus nette de la diminution de la fonction toni-vasculaire des surrénales. Cette *hypotension artérielle* s'accompagne d'un phénomène que j'ai décrit sous le nom de ligne blanche surrénale et auquel j'ai accordé une valeur importante dans le diagnostic de l'insuffisance surrénale; la ligne blanche surrénale est en quelque sorte l'inverse de la raie rouge méningitique; pour la provoquer, il suffit de frôler légèrement la peau de l'abdomen avec un objet mousse, avec la pulpe du doigt par exemple, sans gratter et sans exercer une pression trop forte. Au bout de quelques instants, on voit apparaître sur le trajet qu'a suivi le doigt, une raie blanche assez large qui va en s'accentuant de plus en plus ou moins longtemps, parfois trois ou quatre minutes, et s'efface peu à peu.

La valeur diagnostique de cette ligne blanche a été contestée par quelques auteurs, et notamment par mon ancien collaborateur Léon Bernard.

Je ne crois pas, dit-il, que les critiques qui m'ont été adressées aient suffi à anéantir la valeur de ce symptôme. »

La ligne blanche est donc pour Sergent, qui l'a bien étudiée, un signe caractéristique de l'insuffisance surrénale et ne se retrouve dans la maladie d'Addison que si cette dernière se complique de défaillance surrénale.

Hallion et Laignel-Lavastine ont étudié un

(1) *Soc. méd. des hôpitaux*, 22 avril et 10 juin 1904.

phénomène de même ordre, la *tache blanche*, que l'on obtient en exerçant une pression momentanée sur la peau de la face dorsale de la main. Ce signe, comme la raie blanche, relève, pour ses auteurs, de l'hypotension vasculaire, et peut servir à caractériser l'insuffisance surrénale.

III

Critique du phénomène de la ligne blanche

Les auteurs précédents, Sergent en particulier, attribuent la production de la ligne blanche à l'hypotension artérielle. Est-ce bien là son origine ? La question a de l'importance au point de vue thérapeutique. Si la ligne blanche dénonce au clinicien une asthénie cardio-vasculaire progressive, et rien que cela, le traitement doit consister avant tout dans la prescription : lait, huile camphrée. Si elle a une autre signification, le plan thérapeutique se modifie, et dans le cas d'insuffisance surrénale au cours d'une maladie infectieuse, telle que la diphtérie, la scarlatine, ou chez un névropathe, comme dans notre cas, il y a urgence à appliquer aussitôt que possible un traitement pathogénique. On nous répondra que le traitement idéal qui s'impose dans tous les cas, est l'extrait surrénal, mais cet extrait ne constitue pas tout le traitement. Il ne réussit bien que si le médecin n'entrave pas son action en tolérant une mauvaise alimentation. Voilà pourquoi il est nécessaire de savoir ce que signifient, au point de vue de leur mécanisme physio-pathologique, une raie blanche et une tache blanche.

Dans les deux cas que nous avons rapportés, la raie blanche s'accompagnait de tachycardie et de l'hypotension artérielle, mais chez notre tuberculeuse, on notait encore de l'hyperexcitabilité des faisceaux musculaires sous le doigt percutant les muscles épineux. Cette remarque nous avait incliné à penser que la raie blanche était liée plus à l'irritabilité des vaso-constricteurs artériels qu'à leur paralysie, et par cela même à l'état toxique général créé par l'insuffisance surrénale.

A la Société de chirurgie, le 13 février 1907, M. de Massary relate, en son nom et au nom de M. Liare, les observations de deux malades qui présentèrent à la suite d'une insolation un syndrome méningé très net (prostration, céphalée, ralentissement du pouls). La ponction lombaire donna issue à un liquide clair, sans lymphocytose, mais dont la tension était exagérée. Or, chez ces deux patients, qui guérirent au bout d'un mois, on a constaté à diverses reprises l'existence au niveau de l'abdomen chez l'un *de la ligne blanche surrénale*, chez l'autre *d'une ligne rouge, puis blanche*. La tension artérielle des deux sujets était la même et très voisine de la normale (14 et 15).

Il semble résulter de ces faits, ajoute M. de Massary, qu'il n'y a pas un rapport constant entre le phénomène de la ligne blanche et l'hypotension artérielle. Aussi est-il permis de se demander si le signe de la ligne blanche n'est pas simplement le résultat d'une altération primitive ou secondaire des centres nerveux (intoxication surrénale, etc.).

A la Société médicale des hôpitaux, séance du 8 février 1907, Siredey et Tinel ont rapporté un cas de méningite tuberculeuse avec granulie pleuro-pulmonaire dans lequel la raie méningitique était remplacée par une ligne blanche très prononcée. L'autopsie montra des altérations considérables des capsules surrénales. Pour ces auteurs, la ligne blanche résulte d'une excitation entraînant une *contraction active des petits vaisseaux avoisinants*.

De cet exposé nous pouvons conclure, je crois :

1° Que la ligne blanche est, comme l'a indiqué Sergent, un bon signe d'une insuffisance surrénale (vérification nécropsique dans le cas de Siredey et Tinel).

2° Que la ligne blanche est un signe d'*excitabilité vaso-constrictive*; de ce fait, elle confirme la toxicité générale au même titre que les vomissements, la diarrhée, la torpeur cérébrale et la tachycardie.

3° Que son apparition commande non seulement une thérapeutique surrénalienne, mais encore la diète aux bouillons de légumes et l'antisepsie intestinale. dans les cas aigus tout au moins.

4° Enfin qu'il faut tenir un grand compte du repos moral chez les nerveux menacés de déchéance surrénalienne (plus spécialement chez les nerveux qui ont dans leurs antécédents une diphtérie ou une scarlatine maligne, ou qui sont atteints de tuberculose en évolution).

Cette communication avait pour but, en outre, de mettre en relief une fois de plus l'importance clinique des raies ou taches dermographiques, lorsqu'on s'attache à les interpréter à la lumière des recherches biologiques récentes.

La peau, a dit Guibout, est comme un panorama sur lequel viennent se traduire en caractères parfaitement déterminés les états pathologiques les plus divers. C'est ce que confirme notre présent mémoire, en clinique neurologique tout particulièrement.

Du délire, par M. Van Ex., médecin de régiment de 1re classe. (*Arch. méd. belges*).

Le délire, dit Huchard, est en quelque sorte le dérèglement des facultés psychiques. A l'état normal, les perceptions sont proportionnées aux sensations, les idées associées dans une direction régulière, les actes subordonnés à une volonté réfléchie. Dans le délire, tout cet équilibre est rompu et chacune des opérations élémentaires de l'activité psychique peut se trouver atteinte par cette perturbation. Le trouble de la perception se traduit par des illusions et des hallucinations; celui de l'idéation par l'incohérence des idées et l'abolition de la conscience; celui de la volonté par des actes impulsifs et sans but. Se basant sur ces différences, on a distingué un délire des sensations, un délire de la pensée, un délire des actes. Rarement la perturbation reste limitée à l'une seulement de ces opérations élémentaires : le plus souvent elle s'étend aux autres. Tantôt toutes les facultés psychiques sont atteintes : le délire est général. Tantôt certaines sont intactes ; le délire est partiel. Un sujet en proie à des illusions ou à des hallucinations qui engendrent des conceptions délirantes, conserve néanmoins la faculté de raisonner juste : conséquent avec lui-même, il exécute alors des actes qui sont bien coordonnés et parfaitement en rapport avec ses perceptions erronées, mais dont le caractère délirant éclate à tous les yeux.

L'aptitude à délirer est en raison inverse du développement de l'intelligence, tandis que la richesse du délire est en rapport avec le développement de l'organisation mentale. Les faibles d'esprit délirent plus facilement ; les individus à intelligence bien développée et bien cultivée ont un délire plus riche d'idées.

C'est un trouble dans la nutrition du cerveau qui préside généralement à l'éclosion du délire. Que ce soit un trouble de la circulation générale du cerveau, congestion dans les affections du cœur, hyperémie dans les méningites, ou au contraire, l'anémie qui peut être locale, dans l'athérome, l'embolie, l'hémorragie cérébrale, ou générale, suite d'une perte de sang considérable, le résultat sera toujours le même, les éléments cellulaires du cerveau, mal nourris, deviennent incapables de présider à une élaboration régulière des facultés mentales.

Mais c'est toujours dans les infections et dans les intoxications, qu'elles soient d'origine externe ou d'origine interne, que le délire trouve son origine la plus certaine et la plus probante. Toutes les maladies infectieuses et contagieuses peuvent, au cours de leur développement, s'accompagner de troubles divers de l'esprit. Ces infections peuvent agir sur le cerveau de deux manières, soit en déterminant la pénétration dans le sang de toxines microbiennes, soit en ralentissant les échanges et la désassimilation ou en exagérant leur marche, grâce aux troubles vasculaires qui accompagnent l'infection. C'est ainsi que dans les néphrites, on observe tantôt une albuminurie profuse par lésion cellulaire, toximicrobiennes, comme dans la scarlatine, tantôt une albuminurie minimale sous l'influence de perturbations vasculaires causées par l'infection, comme dans la tuberculose. C'est encore à l'action des produits solubles charriés par le sang qu'il faut rattacher les délires consécutifs aux intoxications : celles-ci reconnaissent comme point de départ, tantôt l'insuffisance rénale chronique du mal de Bright, tantôt l'insuffisance circulatoire des cardiaques chroniques, c'est-à-dire que les accidents résultent de l'élimination insuffisante de substances dont la production est normale et n'a rien d'exagéré.

La fièvre typhoïde, l'érysipèle, la scarlatine, phénomènes délirants très caractéristiques. Cette pneumonie s'accompagnent généralement de te complication est si bien le compagnon habituel et inséparable de la maladie principale, que parler de ces affections, c'est évoquer en même temps devant l'esprit, les phénomènes habituels et toujours dangereux des complications cérébrales.

Le délire des maladies infectieuses constitue donc une complication pour ainsi dire banale au cours de leur développement : sa symptomatologie est bruyante et souvent même fait passer à l'arrière-plan le tableau de l'affection principale. Il n'en est pas de même du délire qui accompagne les intoxications et spécialement les intoxications d'origine interne ou auto-intoxications. Ici pas d'affections dont le diagnostic saute aux yeux, il faut, au contraire, beaucoup de recherches pour trouver l'origine du trouble mental. Celui-ci se présente du reste avec des caractères qui n'ont en aucune façon la violence des troubles cérébraux tels qu'ils se présentent souvent dans certaines maladies infectieuses graves. Dans celles-ci, la confusion mentale est parfois extrême et revêt, suivant les cas, la forme de délire onirique hallucinatoire ou celle du délire aigu méningitique.

Le délire onirique hallucinatoire se traduit par des rêves en action, vécus, mouvementés, faits de scènes professionnelles, familiales ou purement fantastiques, de visions parfois agréables, mais, le plus souvent, pénibles, terrifiantes, où passent et s'agitent des animaux, des fantômes, des démons, des assassins ; plus rarement, il existe des hallucinations et des illusions de l'ouïe, du goût. Cet état onirique ou de somnambulisme aigu s'accompagne d'une agitation plus ou moins vive, souvent aussi d'impulsions panophobiques, au cours desquelles les malades affolés par leurs terreurs hallucinatoires, se lèvent brusquement de leur lit et cherchent à s'enfuir par la première issue venue. C'est là, la raison habituelle des précipitations par la fenêtre. Durant la convalescence, on constate spécialement du désarroi intellectuel, de l'obnubilation, de la stupidité avec ou sans délire et agitation.

La seconde forme est celle qui a reçu le nom de délire aigu méningitique.

Survenant au début, avant que la maladie principale soit bien caractérisée, au point de la faire méconnaître et de faire interner dans un asile des individus à la phase prodromique d'une fièvre typhoïde, par exemple, l'invasion est généralement très rapide.

Précédée d'une céphalée intense qui fait rarement défaut, parfois par une courte phase de dépression et d'abattement, l'agitation survient violente d'emblée, et en peu de temps, atteint un degré d'intensité inouï. En même temps, la langue devient sèche, la fièvre s'allume, le pouls

dépasse 120 pulsations, la température s'élève à 40° et 41°, la peau est couverte d'une sueur visqueuse. Les malades sont en proie à une agitation des plus violentes: ils poussent des cris menaçants, sécrètent de la salive abondante; les pupilles sont inégalement développées; les réflexes sont exagérés, le moindre attouchement détermine des spasmes et des convulsions. La respiration est accélérée, les fonctions digestives sont troublées. Les urines sont rares, avec altération des éléments normaux.

Cette forme est généralement mortelle à bref délai. En somme, la physionomie du délire aigu est celle de la manie aiguë. Toutefois, la céphalée, la rapidité de l'agitation, particulièrement l'apparition de la fièvre, trancheront en faveur du délire méningitique aigu.

Il y a peu de temps encore, on considérait généralement le délire méningitique aigu comme la forme la plus grave de la manie aiguë et l'étiologie de cette affection était celle de la manie. Aujourd'hui, grâce aux travaux de l'école allemande, et spécialement de Krœpelin, le délire méningitique semble définitivement séparé de la psychose maniaque et est décrit par la majorité des auteurs comme une complication cérébrale des maladies infectieuses.

Telles sont donc les deux formes principales sons lesquelles se présentent les phénomènes délirants qui accompagnent les maladies infectieuses graves. Quant aux maladies infectieuses légères, elles peuvent également présenter des manifestations délirantes, mais celles-ci se résument généralement en une légère perturbation mentale, dont il est très facile de tirer le patient, soit en l'interpellant, soit en le secouant assez vivement.

Mais, s'il est vrai que le délire est facilement reconnaissable et que son origine ne présente guère d'obscurité, quand il fait partie du cortège habituel d'une maladie infectieuse bien caractérisée, fièvre typhoïde, érysipèle, scarlatine, il n'en est pas moins vrai que dans certaines circonstances, et spécialement dans les intoxications et auto-intoxications, le diagnostic est parfois des plus difficiles et demande de la part du praticien des recherches qui n'aboutissent pas toujours à des résultats satisfaisants.

Une des formes sous lesquelles se présente le délire dans les intoxications, est le cauchemar: nous dirons même qu'il y a une forme beaucoup plus simple encore d'empoisonnement de l'organisme, c'est le rêve. Il existe donc entre l'état de l'individu psychiquement sain et les états qui constituent les délires, toute une série d'intermédiaires dont les premiers sont les rêves, puis les cauchemars qui nous conduisent insensiblement au délire aigu et aux délires d'intoxication en passant par cette forme connue qui est le délire des maladies infectieuses.

Sous le nom de délire de rêve ou de délire onirique, Régis a décrit cet état particulier qui constitue le rêve pathologique. Pour cet auteur, le délire onirique est un véritable état somnambulique, formé par la mise en jeu de l'activité subconsciente ou inconsciente: il domine le sujet au point de lui faire vivre et agir sa vie subconsciente ou inconsciente. Cessant par une sorte de réveil, souvent brusque, il est suivi d'une amnésie plus ou moins marquée, suivant les cas. Ce délire est bien le délire type des intoxications et des infections, puisqu'on le retrouve dans tous les états considérés comme tels, notamment dans les psychoses toxiques et infectieuses en général; dans les autointoxications gastro-intestinales; dans les psychoses traumatiques, dans les psychoses post-opératoires, dans les psychoses du paludisme et de l'insolation, dans le délire des brûlures graves.

Ce délire de rêve naît et évolue dans le sommeil; il est constitué par des associations d'idées, par des reviviscences d'images et de souvenirs antérieurs, par des scènes de la vie familiale ou professionnelle, par des visions le plus souvent pénibles, par des combinaisons d'événements étranges, impossibles et changeants.

An degré le plus faible, ce délire est exclusivement nocturne: il cesse au réveil et ne reparaît que le soir, soit dès le crépuscule, soit avec l'assoupissement; plus tard, il se reproduira aussitôt que le malade ferme les yeux.

Le cauchemar représente déjà une forme plus avancée du sommeil pathologique: due à une autointoxication, elle résulte le plus souvent d'excès alimentaires ou alcooliques, mais elle peut être occasionnée, aussi par des lésions organiques du cœur, du foie, de l'estomac, etc.; elle s'accompagne toujours d'une certaine fatigue physique, d'un certain surmenage; le sujet présente un rêve plus actif que les rêves habituels, un rêve à caractères terrifiants et angoissants: les cellules nerveuses excitées d'une part par les substances irritantes puisées dans l'intestin et charriées par le sang, plus faibles d'autre part, du fait de la fatigue générale, réagissent plus violemment et la zone psycho-motrice prenant part à cette excitation, le sujet peut agir, parler, crier, se lever. Il est même possible qu'il commette dans ces états, des actes violents qui sont des actes de défense dont il n'est pas responsable: mais cela est rare; généralement au cours d'un sommeil agité, l'individu fait un rêve de contenu divers qui détermine chez lui une angoisse extrême avec oppression, suffocation, impossibilité de fuir ou d'échapper au danger qui le menace. L'anxiété ne fait alors que croître, la peau est chaude, rouge, couverte de sueur, le pouls est accéléré; puis après un temps très court, qui lui semble très long, le malade se réveille en sursaut, égaré et revient en très peu de temps à son état physiologique. En général, il ne reste au réveil qu'un peu de fatigue, de tremblement, de céphalalgie.

Chez l'alcoolique, le cauchemar est plus délirant, plus actif, de longue durée, alimenté par des hallucinations terrifiantes de la vue. Le cauchemar est nocturne comme la plupart des délires d'intoxication sont nocturnes, également parce qu'en ce moment, la somme des produits de déchet circulants est plus forte qu'à tout autre moment, l'organisme contenant non seulement les principes toxiques, mais encore tous les produits de désassimilation, souvent incomplètement oxydés, qui sont le résultat de la digestion des grands repas de la journée qui vient de finir.

Le cauchemar est donc un délire toxique élémentaire, car il est essentiellement onirique et nocturne.

Le somnambulisme est un rêve plus actif au cours du sommeil d'ailleurs pas toujours très cours du sommeil: sommeil d'ailleurs pas toujours très profond constitué quelquefois par un simple état second avec demi-conscience.

A un degré plus élevé, l'intoxication donne lieu au délire, non pas le délire qu'on observe journellement dans les maladies infectieuses fébriles, c'est-à-dire une manifestation mentale plus ou moins tapageuse, mais plutot un état mental particulier décrit récemment sous le nom de confusion mentale.

Pour bien se représenter ce que l'on entend par cette dénomination, il faut la considérer comme un état d'engourdissement toxique de l'activité cérébrale supérieure, avec prédominance plus ou moins complète de l'activité onirique sous-consciente ou inconsciente.

Les principaux symptômes sont la torpeur intellectuelle avec rêverie automatique et suivant que l'un ou l'autre de ces deux symptômes est prédominant, on a la confusion mentale simple ou la confusion mentale avec délire.

Le plus généralement, c'est sous forme de céphalée que l'affection fait ses débuts. Pénible, gravative, à siège diffus, fronto-orbitaire ou occipitale, elle est, au début, tellement caractéristique d'un trouble mental dû à une intoxication que l'attention du médecin traitant doit toujours se porter sur la possibilité d'une infection ou d'une autointoxication gastro-intestinale ou rénale.

La torpeur cérébrale est le symptôme prédominant de toute confusion mentale. Le malade paraît isolé, étranger à ce qui l'entoure. Interrogé, il paraît ne pas comprendre ou ne comprendre que difficilement ou à moitié; si l'on arrive à obtenir quelque réponse, on peut mesurer la valeur du déficit intellectuel: le malade a tout oublié ou est incapable de réveiller ses souvenirs; sa situation, son âge, le lieu, le temps, tout lui échappe, il semble indifférent à tout. Cependant le visage ne revêt pas le masque de la tristesse comme dans la mélancolie, mais celui de l'étonnement, de l'égarement. Parfois la torpeur cérébrale s'accompagne de délire, mais ce délire a tous les caractères du rêve, car il est sans cohésion logique, sans fixité. Le malade a des idées tantôt gaies, tantôt tristes, d'autres fois le délire affecte la forme maniaque, le malade crie, chante, veut déchirer ses vêtements, puis passe subitement à une douceur exagérée, se montre heureux et content pour retourner bientôt à des idées tristes et sombres. En même temps, existe chez le malade un symptome très caractéristique: l'amnésie, non pas la diminution de la mémoire ordinaire, telle qu'elle existe dans la vieillesse ou dans l'attaque d'apoplexie, mais une perte de mémoire spéciale qui appartient plutôt à un état quasi-démentiel du cerveau. Le malade parlera correctement des faits passés, alors qu'il ne se rappelle plus ce qu'on vient de lui dire, ce qu'il vient de faire: il demande un objet qu'il tient dans la main, demande à se coucher quand il est au lit; cet état délirant ainsi constitué peut durer pendant quelques jours, diminuer insensiblemnt et se terminer par la guérison, ou bien il prend des allures plus graves, se mêle souvent avec des symptômes de convulsions, et ne tarde pas à se terminer avec le coma.

Un des types les plus nets de ces formes de délire, est le délire urémique. Celui-ci peut présenter plusieurs formes, depuis le délire léger jusqu'à l'excitation maniaque; toutefois sa symptamatologie générale est toujours celle de la confusion mentale. En effet, c'est la torpeur intellectuelle, la paresse, l'apathie du cerveau qui constituent les premiers indices de l'intoxication; ajoutez-y les troubles psychiques nocturnes constitués par des rêves, des cauchemars, des hallucinations, du délire et vous aurez le tableau complet de la situation du malade.

Le sommeil est troublé par des rêves tantôt professionnels, tantôt sinistres, allant parfois jusqu'au cauchemar, et dont le malade n'a qu'un souvenir plus ou moins vague au réveil. A un degré de plus, ces rêves s'objectivent sous forme d'hallucinations, surtout de la vue, représentant des ombres, des fantômes, des morts, des personnages grotesques ou même des animaux. Un degré de plus encore, et le sujet ne se contente plus d'assister en spectateur muet à ses rêves, à ces visions; sa propre personnalité entre en jeu, il devient lui-même acteur, et alors, suivant les cas, il parle, se remue ou agit dans le sens de l'action qui se déroule. C'est le délire nocturne, délire hallucinatoire, cessant régulièrement le jour pour reprendre chaque soir à la tombée de la nuit. (Régis.)

Ce tableau nécessairement concis, résume toute la symptomatologie des diverses intoxications d'origine interne: que ce soit l'autointoxication gastro-intestinale, hépatique ou rénale; que ce soit l'autointoxication cutanée produite par des brûlures, l'autointoxication génitale reconnaissant pour causes la puberté, la menstruation, la ménopause, la grossesse, l'accouchement, la lactation ou les maladies génitales, le tableau sera

toujours le même et il appartiendra au médecin de rechercher la vraie cause du délire.

La symptomatologie est sensiblement la même dans les empoisonnements de l'organisme par des produits tels que l'alcool, le plomb, l'opium, la morphine, l'éther, la cocaïne. etc.

Un empoisonnement qui doit spécialement attirer notre attention, c'est l'empoisonnement par l'oxyde de carbone.

Je ne veux pas ici énumérer les différents symptômes qui annoncent l'empoisonnement par le gaz oxycarboné : c'est affaire de médecine légale. Je veux simplement retenir pour un instant l'attention sur certains symptômes qui se rattachent directement à la médecine mentale.

L'individu qui a subi un commencement d'intoxication oxycarbonée est dans un état d'hébétude tel, qu'il répond comme les gens qui ont été ivres morts la veille, et qui recouvrent difficilement la compréhension : souvent la personne intoxiquée se livre à des gestes incohérents : l'intelligence peut être très profondément affectée, au point de constituer un véritable état de démence. La perte de la mémoire est absolue : elle ressemble à celle qui suit les grands traumatismes, dus aux accidents de voiture ou de chemin de fer. On a également cité des cas de pseudo-paralysie générale ; mais ces cas sont insuffisamment étudiés. Ces pseudo-paralysies générales se rencontrent aussi chez les alcooliques et il n'existe pas encore de type assez dégagé d'autres influences et de celle de l'alcool surtout, pour l'attribuer uniquement à l'oxyde de carbone.

Ici encore les troubles ressemblent à ceux qui sont consécutifs aux traumatismes des accidents de chemin de fer: ils peuvent durer des mois, des années même, et cette persistance est d'une gravité extrême au point de vue de l'exercice ultérieur et complet de la profession.

Dans les empoisonnements par la belladone et par l'atropine, on constate, en dehors des signes physiques (dilatation pupillaire, faciès vultueux, rougeur de la gorge) un véritable délire, dont le fond est constitué par de la manie. Ce délire n'a d'ailleurs aucune importance, au point de vue des maladies mentales : il ne peut nous servir que l'exemple de ce que peut faire un alcaloïde isolé, en rapprochant son action de celle des poisons complexes qui jouent un rôle actif dans les auto-intoxications.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Traitement de l'ulcère de l'estomac, par le Dr A. Mathieu, Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine (*Méd. Prat.*).

On a préconisé contre l'ulcère de l'estomac un certain nombre de médicaments.

Gerbardt donne le nitrate d'argent en solution : au début, à la dose de 25 centigrammes pour 120 grammes d'eau distillée ; une cuillerée à soupe trois fois par jour. Puis, cette dose est porté à 40 centigrammes pour 120 grammes d'eau. En même temps, il prescrit un régime assez sévère, constitué d'abord par le lait, mais où interviennent de bonne heure, comme le font les Allemands, des aliments solides, particulièrement les viandes tendres, les poissons d'eau douce, les purées.

Gerhardt croit à l'action curative du nitrate d'argent sur l'ulcération elle-même. Boas attribue au nitrate d'argent l'avantage d'être un calmant de la douleur, chose qu'il est possible d'apprécier, dit-il, par la mesure esthésiométrique de la sensibilité épigastrique ; certains malades qui souffraient à 3 kilos 1/2 avant l'usage du nitrate d'argent, ne souffrent plus qu'à une pression de 6 ou 7 kilos.

On a préconisé aussi le bismuth comme moyen de pansement de l'ulcus, en se basant sur les expériences célèbres de Matthes sur le chien. Cet observateur, après avoir produit une perte de substance artificielle, par excision de la muqueuse, avait soumis l'animal à l'action du sous-nitrate de bismuth ; dans la moitié des cas, lorsqu'il sacrifiait le sujet, il trouvait une croûte de bismuth adhérente à la surface de l'ulcération et réalisait son occlusion.

Pendant longtemps, on a employé le sous-nitrate de bismuth dans l'idée de soustraire l'ulcus à l'action du suc gastrique et aux invasions microbiennes. Mais actuellement, étant donnés les résultats de la radioscopie, il n'est guère possible de conserver une semblable espérance. Depuis deux ans, MM. Mathieu, Béclère, etc., ont examiné aux rayons X un grand nombre de malades atteints d'ulcère de l'estomac, dans le but de diagnostiquer le siège de la lésion par la tache bismuthique. Les cas où on a trouvé une tache correspondante à l'ulcération sont rares, et cette tache n'a jamais présenté une persistance permettant d'affirmer que le bismuth est allé directement se coller sur la perte de substance. Barret et Leven ont vu, au contraire, que le bismuth tombe et se collecte dans l'antre pylorique, sans s'accrocher aux aspérités de l'ulcus.

Donc, s'il ne faut pas renoncer au bismuth comme calmant (cette action est incontestable), il faut renoncer à en faire le pansement protecteur de l'ulcus et à empêcher par ce moyen les phénomènes d'auto-digestion et de gastrite secondaire.

Des notions anatomo-pathologiques et pathogéniques découle l'importance d'enrayer l'autodigestion. La première chose à faire pour cela serait sans doute de tarir la sécrétion chlorhydro-peptique, ou bien de la saturer au fur et à mesure de sa production, par des alcalins. Enfin, on peut essayer de protéger les parois gastriques contre l'attaque du suc gastrique.

Pour supprimer la sécrétion gastrique, il y a plusieurs moyens. Un des plus couramment usités et qui constitue le premier temps classique du traitement de l'ulcus, à la suite d'un accident aigu, d'une hémorragie par exemple, c'est de supprimer l'alimentation buccale. Cette cure d'inanition peut être prolongée pendant des semaines, si on nourrit les malades par des lavements. On a accusé, non sans raison, — semble-t-il, — les lavements alimentaires de provoquer la sécrétion gastrique par voie réflexe. Il paraît donc difficile de supprimer complètement cette sécrétion par cette méthode. Cependant, il est certain que la diminution ou la suppression de l'alimentation buccale restreint dans une mesure considérable l'hypersécrétion habituelle chez les ulcéreux.

Un autre moyen consiste à supprimer l'introduction du chlorure de sodium dans l'alimentation et par toutes les voies : buccale, rectale ou sous-cutanée. L'acide chlorhydrique de l'estomac se produit, en effet, aux dépens du chlorure de sodium du sang. Or, quelle que soit la voie employée, le sel absorbé par l'organisme passe dans le sang. La plupart des médecins, lorsqu'ils commencent à alimenter les ulcéreux, après la période de diète complète du début, ne leur donnent que du lait, aliment relativement pauvre en chlorure de sodium. Mais, plus tard, il faudra avoir soin de leur donner une alimentation déchlorurée.

Pour rendre les lavements isotoniques, au lieu de chlorure de sodium, on peut employer le phosphate de soude (Mathieu). Cette addition, tout en n'exposant pas aux inconvénients du sel marin, rend l'eau beaucoup plus facilement absorbable que ne le serait de l'eau pure.

On a cherché aussi à diminuer la sécrétion du suc gastrique en employant des substances grasses à haute dose. Sénator a fait de leur emploi une véritable méthode du traitement de l'ulcus. Les substances grasses auraient l'avantage d'être calmantes de la douleur, d'avoir un pouvoir nutritif considérable, et de diminuer considérablement la sécrétion de l'HCL. Le Dr Odilon-Leclerc, de Québec, a constaté dans le laboratoire de M. Mathieu, qu'en prenant une certaine quantité d'huile d'olive, on diminue la quantité de suc gastrique sécrété.

L'huile d'olive, par contre, a le grand inconvénient de retarder l'évacuation de l'estomac. M. Mathieu a vu cette substance aggraver singulièrement la douleur et l'hypersécrétion gastriques. Il croit donc que si l'on veut employer les substances grasses, il faut, en tout cas, s'assurer qu'elles sont bien tolérées, qu'elles ne provoquent ni douleur, ni rétention du contenu stomacal, se manifestant par la présence, le matin à jeun, d'une quantité plus considérable de liquide.

On peut diminuer la sécrétion de l'estomac par la belladone et l'atropine. L'emploi de ce médicament, à ce point de vue, a été surtout préconisé par Riegel. M. Mathieu, lui aussi, a très souvent employé la belladone chez les malades de cette catégorie. Odilon-Leclerc a constaté, sous l'influence d'assez petites doses de belladone, une diminution de la quantité de suc gastrique, mais sans changement du pourcentage en HCL. On peut adresser à ces deux auteurs le même reproche : c'est de n'avoir pas employé de doses suffisantes de belladone.

Von Tabora, de Strasbourg, a traité une série d'ulcus qui avaient résisté aux traitements ordinaires, par l'emploi d'injections d'atropine à dose élevée, généralement un milligramme, matin et soir, pendant des semaines, et cela sans autre inconvénient que de provoquer chez les malades un certain degré de sécheresse de la bouche, parfois une diminution de l'accommodation visuelle, de la difficulté à lire ; il est allé jusqu'à 3 milligrammes par jour. Cet auteur insiste beaucoup sur la nécessité d'atteindre des doses assez élevées d'atropine pour en obtenir un bon résultat.

Dans un certain nombre de cas, à la suite d'un traitement prolongé plusieurs semaines, il a même constaté une disparition complète de l'HCL libre.

Une indication non moins importante est de supprimer la stase.

On peut y arriver d'abord par le traitement médical, le régime alimentaire, la position couchée, le repos au lit, l'évacuation par la sonde, le tubo-gavage. Enfin, on peut supprimer le spasme pylorique, soit par les alcalins, soit par la belladone.

Les alcalins répondent, du reste, à diverses indications. Debove a employé des doses de bicarbonate de soude, de craie et de magnésie, répétées toutes les deux heures ou d'heure en heure, pour saturer le suc gastrique chez des malades ayant des hémorragies ou des crises douloureuses très intenses. Cette méthode calme la douleur, mais la stase persiste ; l'usage des alcalins à forte dose excite, en effet, la sécrétion gastrique. M. Mathieu emploie le bicarbonate de soude par doses de 2 à 5 grammes données au moment où le malade sent que sa douleur va venir.

La suppression du spasme du pylore serait un moyen de combattre la stase. Les alcalins, en calmant la douleur, empêchent le spasme pylorique, et par suite, la stase. On peut aussi employer la belladone. Mais l'intervention chirurgicale devient, dans certains cas, le seul moyen de vaincre la stase.

La gastro-entérostomie est efficace à condition, comme le dit Tuffier, d'être « non un drainage au plafond, mais un drainage au plancher », c'est-à-dire qu'il faut que l'orifice de l'estomac soit à la partie la plus déclive,

voisine du pylore, que la communication avec le jéjunum soit permanente, que l'écoulement soit régulier. Dans les cas heureux, Soupault a vu l'opération amener la disparition complète de HCL libre.

La résection de l'ulcus produit des succès encore plus éclatants. On conçoit, en effet, d'après les notions acquises en physiologie pathologique, que ce qu'il importe de supprimer dans l'ulcus, c'est le réflexe sécrétoire et spasmogène venu de la surface de l'ulcère. Mieux que tous les moyens médicaux, la résection de l'ulcus obvie à ce double inconvénient. Les travaux importants de Bréchaux et Gauthier, et Rivière, de Lyon, il résulte que la résection de l'ulcus est très utile ; elle constitue le seul traitement curatif ; seule elle est capable de faire disparaître tous les accidents. Elle met à l'abri de tous les dangers : hémorragies, perforation, périgastrite, greffe d'un néoplasme.

Naturellement, il va sans dire que tous les ulcus ne doivent pas, de parti pris, être réséqués ; mais cette opération est indiquée quand l'ulcus est chronique, qu'il donne lieu à certains accidents persistants et inquiétants, comme de petites hémorragies répétées, surtout si l'ulcus a le siège pylorique ou juxta-pylorique et dure depuis des années, avec induration marquée, adhérences étendues au foie et au pancréas, la pancréatite diffuse.

Traitement local de l'hémiplégie par les agents physiques, par M. le Pr Albert Robin (Hôp. Beaujon), *(Journ. des Pratic.)*.

Ce traitement doit être constitué, en général, dès le début d'une hémiplégie; il ne faut pas attendre, comme le conseillent certains auteurs, une cicatrisation lésionale dont l'établissement est toujours problématique. Plusieurs actes constituent les bases de ce traitement par les agents physiques; ils sont au nombre de six :

1° La mobilisation; 2° le massage; 3° la rééducation; 4° l'électrothérapie; 5° la psychothérapie; 6° l'hydrothérapie.

1° *Mobilisation*. — Quand le malade est encore capable de mouvements actifs, il faut lui faire exécuter les mouvements, une fois par jour, pendant une courte séance de 5 à 10 minutes.

Si, par contre, le malade ne peut exécuter aucun mouvement actif, on lui fait exécuter des mouvements passifs pendant de courtes séances de 5 minutes tous les matins. Dans certaines circonstances, il faut aider ces mouvements, ce sont les *mouvements de participation*.

Toutes ces manœuvres, le médecin les doit accomplir lui-même. Il obtiendra de la sorte une notable amélioration des rétractions musculaires et tendineuses. En même temps, on se trouvera bien d'associer à la mobilisation des frictions avec la solution suivante :

Teinture de quinquina	100	grammes
Baume de Fioraventi	100	—
Alcool camphré	100	—
Menthol	3	—
Essence de girofle	1	—
Teinture de noix vomique	25	—

2° Le *massage* commencera quelques jours plus tard par l'*effleurage* doux, pratiqué de la périphérie à la racine des membres. On en viendra ainsi petit à petit au *pétrissage* des masses musculaires.

3° La *rééducation* reconnaît des indications et des contre-indications. C'est une gymnastique raisonnée établissant des rapports normaux entre la perception des mouvements et la volonté qui les exécute. On évitera la fatigue. La rééducation trop précoce tend à favoriser la production des arthropathies. N'oublions pas qu'il convient d'agir différemment dans l'hémiplégie flasque et l'hémiplégie spasmodique et de faire porter la rééducation surtout sur les muscles actifs. Pour en tirer tout l'avantage, les malades ne doivent pas être ni affaiblis, ni contracturés, ni atteints de rétraction tendineuse.

Cette rééducation améliore d'une façon considérable l'état général et moral des malades.

La technique de la rééducation est complexe. Dans le *décubitus* on fait exécuter des mouvements d'extension et de flexion du membre inférieur. Plus tard, ce seront des mouvements de flexion avec abduction et adduction.

Quand le malade est *assis*, on le fait lever en utilisant l'aide d'une chaise (manœuvre de la chaise).

Le malade *debout* s'appuie sur une table et essaie de marcher. Plus tard, c'est la marche avec béquilles, puis avec une *canne*, enfin c'est la marche en *plan incliné*.

Au début, on fera tous les jours des frictions avec :

Huile animale de Dippel	25	grammes
Extrait de noix vomique	2	—
Phosphore blanc	0 gr. 25	
Huile d'amande douce	75	grammes

qu'on cessera en cas d'irritation.

4° *Electrothérapie*. — Il convient de ne la commencer qu'à une période avancée : deux ou trois mois après l'ictus. On doit attendre que les premiers actes de rénovation aient donné tout ce qu'ils pouvaient donner.

La galvanothérapie, les courants de haute fréquence et les bains électriques ont été employés avec des succès, mais inconstants.

La *faradisation* a des indications précises : hémiplégies flasques, hémiplégies avec anesthésie, hémiplégies avec atrophies musculaires. C'est elle surtout qui, dans certains cas, rendra des services précieux au praticien.

5° *Psychothérapie*. — La psychothérapie permet de corriger certaines attitudes vicieuses.

6° L'*hydrothérapie* en principe est contre-indiquée chez les hémiplégiques. Faut-il donner des bains aux hémiplégiques? Les bains chauds peuvent être employés environ quinze jours après l'ictus (36° pendant quinze minutes). On peut faire exécuter dans ce bain des mouvements actifs qui deviennent possibles. Il peut être utile de faire dissoudre dans le bain :

Gélatine	50	grammes
Carbonate de soude	50	—
Bromure de potassium	12	—

Sulfochondroïtinate de soude : Un nouveau traitement du cancer, par le Dr Oestreich (*Berl. Clin. Woch.*).

Si le cancer peut envahir tous les tissus et provoquer des métastases dans tous les points du corps, il y a cependant deux éléments qui sont très régulièrement épargnés : les parois artérielles et le cartilage. C'est ainsi que dans les volumineuses métastases de l'aisselle ou de l'aine, au milieu d'énormes paquets ganglionnaires, l'artère se montre indemne, tandis que les veines sont entreprises. Dans les cancers du sein qui se sont propagés aux muscles et jusqu'à la plèvre, les cartilages costaux semblent véritablement évités par le tissu cancéreux. De même les pièces cartilagineuses du larynx dans le cas de tumeur intralaryngée.

On ne peut guère rapporter ce phénomène à une dureté spéciale des artères ou du cartilage: les os, par exemple, constituent un point de prédilection des métastases. L'insuffisance ou l'absence de vascularisation ne l'expliquent pas davantage. L' « immunité » de ces tissus ne peut se ramener qu'à une constitution chimique particulière, incompatible avec le développement de la tumeur ou même nuisible aux cellules cancéreuses et à leurs produits. En partant de cette idée, Oestreich a songé à isoler une substance contenue dans les parois artérielles et le cartilage et à en imprégner les tissus du corps de manière à leur conférer une sorte d'immunité.

Or, une telle substance a été préparée par plusieurs physiologistes et chimistes (Schmiedeberg, Oddi et d'autres), sous forme d'un sel soluble, absolument dépourvu de toxicité : le sulfochondroïtinate de soude. Ce corps est stable et, en solution aqueuse, il suffit de stériliser la dose voulue au moment de l'emploi.

Après expériences préalables, l'auteur s'est arrêté à des injections de 0,10 du produit, d'abord 1 à 2 fois par jour; après une semaine, on administre le double. Ces injections journalières sont continuées pendant plusieurs semaines; après un repos de quinze jours, on institue une nouvelle cure. Le lieu de l'injection est indifférent; le produit devant agir sur tous les tissus et non pas directement sur la tumeur, il n'est pas nécessaire de l'introduire dans celle-ci ou dans son voisinage immédiat. L'injection est en général indolore; dans le cas contraire, on peut y associer une très petite quantité d'analgésique.

L'auteur n'a pas fait d'essais sur les animaux et il avoue qu'il se décide à communiquer ses observations parce que le remède est inoffensif et parait jouir d'une efficacité réelle.

Chez beaucoup de malades, on observe en effet une réaction locale; elle se traduit, environ une à deux heures après l'injection, par une certaine rougeur appréciable aux bords de lésions cutanées; le plus souvent, le malade éprouve aussi une certaine douleur; assez forte pendant une couple d'heures, elle diminue rapidement et disparait dans le courant de la journée. Parfois elle est tellement intense que le malade exige l'interruption du traitement. La coïncidence régulière de ces symptômes avec les injections met hors de doute la relation de cause à effet et prouve nettement que la substance injectée possède une activité spéciale.

D'ailleurs, l'auteur a même observé des réactions générales, consistant en fièvre légère et passagère et augmentation de la fréquence du pouls.

Chez certains malades, on constate un arrêt de l'affection; chez d'autres, une telle amélioration qu'ils se décident à quitter l'hôpital. Chez d'autres encore, le cancer a évolué quand même, entrainant la mort. Là où il fut possible de procéder à l'autopsie, l'auteur s'est rendu compte du mode d'action de son remède : les petites nodosités cancéreuses, non ulcérées, sont bourrées de leucocytes polynucléaires et offrent les signes d'une profonde dégénérescence et nécrose. Le tableau histologique concorde en somme avec les symptômes réactionnels reconnus durant la vie et est en rapport avec la fonte, la destruction plus intense du tissu malade que l'on peut observer dans les régions accessibles à l'inspection.

L'auteur n'a pas enregistré de guérison véritable, cela résulte en première ligne des cas mêmes qui ont été soumis au traitement; mais étant donné l'activité incontestable du remède et son absolue innocuité, on pourrait formuler son emploi de la manière suivante : faire suivre tous les cas favorables opérés, après guérison de la plaie opératoire, d'une série de cures; de la sorte, les récidives seront peut-être plus éloignées et plus accessibles à une nouvelle intervention; instituer le traitement dans tous les cas désespérés; les arrêts et même les améliorations observées justifient ces tentatives *in extremis*.

REVUE DU LABORATOIRE

Etude du liquide céphalo-rachidien des syphilitiques et parasyphilitiques (Cyto-diagnostic, albumo-diagnostic, précipito-diagnostic, réaction butyrique de Noguchi et Moore), par P. Beaussart, Interne des Asiles de la Seine. (*La Clinique*).

Lorsque Wassermann eut fait connaître sa

méthode de séro-diagnostic de la syphilis, divers auteurs appliquèrent cette réaction biologique à l'étude du liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux et tabétiques; étant donné que l'origine syphilitique de ces affections, quoique admise par nombre de neurologistes et psychiatres, est encore discutée par certains, ils espéraient trouver dans la réaction de Wassermann un criterium inébranlable pour élucider définitivement cette question étiologique.

Malheureusement, l'expérience a montré que les résultats fournis par la réaction de Wassermann ne sont pas constants; en effet, il est des cas où la syphilis est des plus évidente et où la réaction fait défaut; de plus, elle n'apparait qu'à un stade déjà avancé de la maladie médullo-encéphalique, et on ne peut la provoquer dans les atteintes syphilitiques précoces du système nerveux qui s'accompagnent de réaction cytologique et albumineuse. Elle est, toutefois, spécifique, une réaction positive traduisant une infection syphilitique.

Enfin la *valeur théorique* de la réaction a perdu toute la rigueur scientifique que Wassermann lui avait, dès le début, attribuée (déviation du complément en présence de vrais antigènes et anticorps). Il ne subsiste plus d'elle qu'une manipulation empirique qui cependant a conservé un gros intérêt pratique. Du fait même que cette spécificité théorique de la séroréaction a disparu, on a voulu en profiter pour trouver de nouveaux procédés de séro-diagnostic plus simples que celui de Wassermann et capables tout au moins de diminuer la longueur et les précautions minutieuses que nécessitaient les manipulations préconisées par le professeur allemand.

C'est ainsi qu'ont pris naissance : les procédés de Bauer, Hecht, Levaditi, Sachs et Altmann, modifications de la réaction hémolytique (suppression d'un des éléments du séro-diagnostic; emploi de sels biliaires, lécithines, pour remplacer l'antigène syphilitique) — puis celui de Porgès, basé sur la précipitation, en cas de syphilis, de l'humeur à examiner en présence du glycocholate de soude.

Nous avons, dans une étude précédente (1), examiné au point de vue quantitatif les résultats comparatifs fournis par le précipito-diagnostic de Porgès, l'albumo-diagnostic et le cytodiagnostic avec le liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux. Nous avons pu voir que la quantité d'albumine était toujours rigoureusement parallèle à la valeur cytologique, les réactions de 10 à 20 éléments par champ microscopique correspondant à la plus faible teneur en albumine, les réactions de 90 à 100 éléments correspondant à la plus forte teneur en albumine. Par contre, la réaction de Porgès ne s'est pas montrée comme étant une traduction de la valeur albumineuse, les résultats étant discordants sur ce point.

Noguchi et Moore (2) ont à leur tour imaginé une réaction qui, selon eux, décèlerait une atteinte syphilitique des méninges, réaction basée sur la précipitation à chaud du liquide céphalo-rachidien en présence de l'acide butyrique. Voici comment ils conseillent d'opérer :

Dans un tube à essai, une partie de liquide spinal est additionnée de 5 parties d'acide butyrique en solution à 10 0/0 dans de l'eau physiologique. Ce mélange est porté quelques instants à l'ébullition. Une partie de soude normale est ajoutée au mélange et le tout est bouilli à nouveau pendant quelques secondes.

Les liquides cérébro-spinaux normaux ainsi traités resteraient clairs ou ne donneraient qu'une légère opalescence, mais, dans ce dernier cas, il n'y aurait pas de précipité formé même au bout de plusieurs heures. Les liquides pathologiques fourniraient, pour la syphilis, un précipité floculent ou granuleux qui se déposerait peu à peu laissant au-dessus de lui un liquide clair.

Cette réaction, en somme, est basée sur l'augmentation de l'albumine (globuline surtout) dans le liquide céphalo-rachidien. Noguchi et Moore donnent, d'après leurs recherches personnelles, les résultats et les conclusions suivantes :

Pour 91 cas de syphilis, la réaction butyrique a été positive 84 fois, la réaction de Wassermann positive 61 fois et le cyto-diagnostic 72 fois.

Dans 34 cas non syphilitiques (épilepsie, démence précoce, idiotie...), la réaction butyrique a été négative 31 fois, la réaction de Wassermann 24 fois et le cyto-diagnostic 31 fois.

Dans la syphilis secondaire ou tertiaire, disent-ils, sans lésion apparente du système nerveux, le liquide céphalo-rachidien a présenté une réaction butyrique de faible intensité. Dans ces conditions, pas de réaction de Wassermann ni de cyto-diagnostic positifs.

Le liquide céphalo-rachidien des syphilitiques héréditaires a montré une réaction butyrique positive dans 90 p. 100 des cas et une réaction de Wassermann positive dans 80 p. 100.

Le liquide céphalo-rachidien dans la syphilis cérébro médullaire a présenté la réaction butyrique positive dans 100 p. 100 des cas; le cyto-diagnostic a également été positif dans 100 p. 100 des cas et la réaction de Wassermann dans 73 p. 100.

Le liquide céphalo-rachidien dans la paralysie générale a donné une réaction butyrique positive dans 90 p. 100, un cyto-diagnostic dans 91 p. 100 et une réaction de Wassermann positive dans 73 p. 100 des cas.

Le liquide céphalo-rachidien dans le tabes a donné une réaction butyrique positive et un cyto-diagnostic positifs dans 100 p. 100 des cas, la réaction de Wassermann dans 53 p. 100 seulement.

Le liquide céphalo-rachidien, dans d'autres psychopathies où la syphilis n'était pas en cause, a donné une réaction butyrique positive et un cyto-diagnostic positif dans 2,8 p. 100, la réaction de Wassermann dans 13 0/0 des cas.

Le liquide céphalo-rachidien des cas d'*affections aiguës inflammatoires des méninges a toujours donné un précipité* avec l'acide butyrique, mais jamais de réaction de Wassermann positive.

Le liquide céphalo-rachidien de typhiques, pneumoniques, tuberculeux, sans atteintes méningées n'a donné ni la réaction butyrique, ni celle de Wassermann.

De ces données, Noguchi et Moore concluent que leur réaction offre un moyen facile de distinguer le liquide céphalo-rachidien normal du liquide céphalo-rachidien syphilitique et peut être employé spécialement dans le but de confirmer un diagnostic de syphilis ou de dépister certaines affections syphilitiques ou parasyphilitiques pour lesquelles le diagnostic est douteux.

A. Baudoin et H. Français ont aussi expérimenté la réaction de l'acide butyrique et leurs recherches ont fait l'objet d'une communication à la Société de Neurologie (1).

Dans un premier groupe entrent 15 cas où la syphilis n'est pas en cause (méningite saturnine, hémiplégie par hémorrhagie, polynévrite, polyomyélite) :

Pas de réaction butyrique. Lymphocytose dans un seul cas.

Un deuxième groupe comprend 3 syphilitiques (2 hémiplégies; 1 encéphalite) :

Réaction butyrique nette. Lymphocytose abondante.

Un troisième groupe est consacré à 32 malades paralytiques généraux ou tabétiques :

22 cas de P. G. : Réaction butyrique positive 19 fois (86 0/0). Lymphocytose toujours positive.

10 cas de tabes : Réaction butyrique positive 8 fois (80 0/0). Lymphocytose toujours positive.

Le quatrième groupe comprend 7 cas d'affections tuberculeuses des méninges. Réaction butyrique positive et lymphocytose dans 2 cas. Réaction butyrique positive deux autres fois sur les 5 autres cas.

Baudoin et Français tirent à leur tour de leurs résultats les conclusions que voici :

La réaction butyrique est positive dans tous les cas de syphilis du névraxe. Elle coexiste généralement avec la lymphocytose; mais étant donné qu'elle apparaît dans des cas où il n'y a pas de lymphocytose, ce fait montre qu'il n'y a pas toujours parallélisme entre la présence de la lymphocytose et celle de l'albumine dans le liquide céphalo-rachidien contrairement à l'opinion de Noguchi et Moore. La réaction ne peut être considérée comme rigoureusement spécifique puisqu'elle s'est montrée positive chez des tuberculeux. Quand elle est négative, il y a de grandes chances pour qu'il n'y ait pas de lésion syphilitique du système nerveux en évolution. Lorsqu'elle est positive, ce n'est pas une démonstration absolue de l'existence de la syphilis, mais c'est une présomption très sérieuse en faveur de ce diagnostic, à condition toutefois que la tuberculose puisse être écartée.

Nous avons appliqué la réaction butyrique à l'étude du liquide céphalo-rachidien : de syphilitiques à diverses périodes de l'affection, avec ou sans signes frustes d'atteinte du système nerveux — de paralytiques généraux — de tabo-paralytiques et de malades à réactions méningées pathologiques non syphilitiques.

Parallèlement, nous avons examiné la teneur du même liquide en lymphocytes et albumine et la réaction de précipitation de Porgès.

Voici, dans le tableau ci-joint, ce que nous avons constaté :

		Lymph.	Album.	Porges	Noguch.
		—	—	—	—
Syphilis de 3 ans	. . . .	—	—	—	—
— 10 —	Paraplégie récente pupilles paresseuses.	20	++	—	++
— 14 —	. . . .	—	—	—	—
— 22 —	. . . .	—	—	—	—
— 23 —	Céphalées nocturnes.	9	+	—	+
— 32 —	Hémipl. il y a 26 ans. Arthropathie . .	25	++	+	+
Hérédo-syphilis.	17 ans, triade. . .	5	+	—	+
—	32 ans, triade. . .	—	—	—	—
—	Inégalité pupillaire et Argyll	25	++	—	++
Tabes fruste.	Argyll, crises gastriq.	18	++	—	++
—	Argyll, abolition du reflexe achilléen .	30	++	—	++
Tabo-P. G.	. . . .	60	+++	+	+++
—	. . . .	25	++	—	++
P. G.	. . . .	25	++	—	++
—	. . . .	10	+	—	+
—	. . . .	50	+++	+	++
—	. . . .	70	+++	+	+++
—	. . . .	10	+	—	+
—	. . . .	5	+	—	+
—	. . . .	30	++	+	++
—	. . . .	30	++	—	++
—	. . . .	20	++	+	++
—	. . . .	7	+	—	+
—	. . . .	40	+	+	+
—	. . . .	20	++	—	++
—	. . . .	70	+++	+	++
—	. . . .	60	+++	+	+++
—	. . . .	55	+++	—	+++
—	. . . .	10	+	—	+
—	. . . .	9	+	—	++
—	. . . .	35	++	+	++
—	. . . .	20	++	—	++
—	. . . .	65	+++	+	++
Méningite saturnine	. . . . . .	40	+++	—	+++
Méningite tuberculeuse	. . . . .	15	+	—	+
—	. . . . . .	10	—	—	+
Otite moyenne.	. . . . (Polyn.)	30	++	—	++

Voici ce que nous croyons pouvoir conclure des résultats que nous avons obtenus.

La réaction butyrique, en somme, n'est nullement spécifique de la syphilis; elle n'est que la traduction de la teneur en albumine du liquide céphalo-rachidien.

Toutes les réactions méningées (saturnisme,

(1) *Progrès Médical*, n° 38, 1910.
(2) *The Journ. of experim. Medic.*, 1909, pp. 84 et 604.

(1) Soc. Neurol., 12 mai 1910 (*Rev. Neurol.*, n° 10, 1910).

tuberculose, infections à pneumocoques, méningocoques, trypanosomes...) qui s'accompagnent de production de globuline provoquent la réaction de Noguchi et Moore.

L'on se demande même pourquoi ces auteurs ont voulu mettre en valeur cette simple réaction de l'albumine; c'est là une manipulation qui peut même prêter à confusion puisqu'on s'attend à trouver en elle un succédané de la réaction de Wassermann quand, en définitive, ce n'est qu'un procédé de recherche des albumines qu'on peut également employer avec l'acide trichloro-acétique, l'acide valérianique.

La valeur de la réaction, partant celle de l'albumine, comme l'ont vue Noguchi et Moore, a toujours été parallèle à celle de la lymphocytose.

La réaction de Porgès n'a fourni que des résultats inconstants, ne concordant pas avec la valeur en albumine du liquide spinal.

Disons que la réaction de Wassermann, qui donne un pourcentage de 90 de réactions positives dans le tabes et la paralysie générale avancée, ne donne aucun résultat dans les premiers stades d'atteinte du système nerveux par la syphilis.

REVUE DE CHIRURGIE

Appendicite chronique. Exclusion du gros intestin. Guérison. (*Echo méd. du Nord.*)

Il s'agit d'une enfant de 9 ans et demi à laquelle on pratiqua une exclusion du gros intestin pour appendicite chronique. Voici l'observation de la malade et dans quelles conditions l'opération fut faite par le professeur Gaudier.

D. M..., 9 ans et demi, fut opérée, en décembre 1909, d'urgence, pour appendicite aiguë : on fit à cette époque une incision latérale et un drainage. La guérison survint un mois après. L'appendice n'avait pas été recherché.

L'enfant est amenée à l'hôpital onze mois après, c'est-à-dire le 13 novembre 1910; elle est de nouveau en crise aiguë d'appendicite. Etat général grave : symptômes péritonéaux, vomissements bilieux, porracés, constipation. Pouls : 118; température : 38°7. Localement, la cicatrice de l'incision faite l'année précédente est fermée, mais on constate un empâtement de toute la région appendiculaire. Palpation douloureuse : hyperesthésie. Traitement ordinaire : glace et opium.

Le 14, pouls : 130. Facies mauvais, yeux cernés, facies péritonéal.

Le 16 : mauvais état : pouls, 140. La peau de la région appendiculaire est œdématisée, rouge, dénotant la présence d'une collection purulente sous-jacente.

Le 17 : Incision latérale qui donne issue à du pus en abondance, d'odeur fécaloïde. Un calcul intestinal est trouvé dans le pus, ce qui indique la perforation de l'appendice. Drainage. Un examen bactériologique du pus montre du colibacille en petite quantité.

Le 18 : Etat général meilleur. Température : 37°.

Les suites furent normales: l'amélioration se fit progressivement, et, vers le 10 décembre, il ne restait plus qu'une fistule minime, donnant passage à un pus peu abondant.

Ne voulant pas laisser l'enfant exposée à de nouvelles crises et, d'autre part, ne voulant pas pratiquer chez elle la recherche de l'appendice au milieu des adhérences nombreuses qui devaient exister, ce qui aurait constitué une opération des plus graves, le professeur Gaudier résolut de faire l'exclusion du gros intestin.

Le 15 décembre, opération.

Anesthésie à l'éther. Injection de sérum dans la région du grand pectoral pendant l'opération. Désinfection du champ opératoire à l'iode. Une gaze maintenue par une bande obture la fistule encore persistante.

Laparotomie médiane. Recherche de l'iléon dans sa partie la plus terminale. Section de l'intestin. Fermeture d'un côté par une suture en bourse, de l'autre par le procédé de l'enroulement.

Recherche de l'anse sigmoïde dans sa portion la plus inférieure. Entéro-anastomose latéro-latérale de l'iléon et de l'anse sigmoïde.

Fermeture de la paroi plan par plan. Pas de drainage.

Pas de pansement. — Une couche de teinture d'iode est mise sur la plaie.

Le 16 décembre : pouls, 160; température, 39°. Malgré cela, bon état général. Pas de vomissements, pas de hoquet, ventre souple. Un peu de bronchite éthérique. Diète. Sérum. Huile camphrée.

Trois jours après l'intervention, une selle spontanée bien moulée.

Le quatrième jour on fait prendre à l'enfant une cuillerée à soupe d'huile de vaseline. Trois selles dans la journée.

Très bon état général. Température normale. Les agrafes sont enlevées.

Le sixième jour, l'enfant est levée : elle reste une heure assise et fait quelques pas.

Le 23 décembre, sept jours après l'opération, l'enfant est présentée à la *Société de Médecine du Nord*. Cicatrisation complète par première intention. Ventre souple. La fistule paraît complètement tarie.

L'enfant a actuellement deux selles par jour, bien formées. Une certaine quantité de bismuth absorbé est rendue douze heures après.

En résumé, le résultat immédiat paraît excellent, et l'on n'a pas constaté de diarrhée, ce qu'il aurait été logique de supposer, puisqu'actuellement les matières passent directement de l'intestin grêle dans l'anse sigmoïde.

CARNET DU PRATICIEN

La gale chez l'enfant

Chez le nourrisson et le jeune enfant, la gale est fréquente; elle est donnée par contamination, soit par lit commun, soit que la personne qui porte l'enfant mette ses bras et avant bras contaminés en contact avec la peau de l'enfant en le portant. Il faut toujours y songer chez un enfant présentant des pustules dans les plis des poignets, à la paume de la main et surtout aux fesses, aux cuisses, à la plante des pieds. Ce sont, en effet, les lieux d'élection de la gale qui est souvent pustuleuse et s'accompagne de papules de prurigo à la face antérieure des bras, des jambes et sur l'abdomen. Même en l'absence de sillons qui siègent de préférence au poignet ou à la paume de la main, on peut diagnostiquer la gale qui est confirmée par la confrontation.

La gale se distingue du prurigo infantile, d'une part à cause de ses localisations, d'autre part à cause de l'absence d'urtication et de lichénifications. Les papules de la gale sont moins confluentes, plus grosses que celles du prurigo. La gale fait surtout de l'ecthyma aux membres inférieurs, sur les fesses où elle se localise facilement.

Chez l'enfant en bas âge, la frotte de l'adulte est trop irritante ; même mitigée, elle donne de l'eczéma et de l'impétigo.

Gaston a exposé dernièrement dans la *Clinique infantile* comment il procédait chez les jeunes enfants; il conseille d'agir ainsi :

1° Donner le soir un bain alcalin (carbonate de potasse, 10 à 20 gr.); savonner dans le bain avec un mélange de :

Savon blanc	17 grammes
Sulfure de potassium	8 —
Huile d'olive	6 —
Huile de thym	0 gr. 80

2° Après le bain, sécher et frictionner la peau avec :

Huile de camomille camphrée	100 grammes
Onguent styrax	20 —
Baume du Pérou	5 —

et faire garder la nuit ce mélange ;

3° Le lendemain, bain savonneux;

4° Appliquer, les jours suivants, la pommade composée de :

Soufre précipité	1 gramme
Borate de soude	2 —
Vaseline	15 —
Lanoline	15 —
Oxyde de zinc	10 —

et donner tous les jours un bain d'amidon.

Si la gale a déterminé un eczéma ou de l'impétigo, il faut les traiter et, dans ce cas, user de frictions au baume du Pérou très dilué à 5 à 10 p. 100 dans l'huile d'olive, et de pommade contenant en faibles proportions du soufre et du carbonate de soude :

Soufre précipité	25 grammes
Carbonate de soude	2 —
Glycéré d'amidon	25 —
Huile de cade	5 —

joint à l'usage des bains d'amidon.

Hystérie

Prescrire le traitement *bromuré* aux malades robustes; ne pas le prescrire aux déprimés, anémiques (opium).

Bromure de potassium	10 grammes
Bromure de sodium	10 —
Bromure d'ammonium	10 —
Eau distillée	250 —

1 cueillerée à bouche matin et soir.

ou :

Extrait d'opium	1 gramme
Extrait de belladone	1 —
Extrait de datura	1 —
Eau distillée de laurier-cerise	12 —

Faire dissoudre V à XX gouttes dans une potion.

Dr DÉJERINE.

A) *Traitement pyschique ou moral.* — — 1° Eloignement du lieu où s'est développée l'hystérie; 2° Séparation respective des personnes atteintes; 3° Suppression de toutes visites de la part des parents ou amis.

B) *Traitement médical.* — 1° Modifier la diathèse s'il en existe une, le *rhumatisme*, par exemple; 2° Electrisation statique; 3° Hydrothérapie méthodique. Douche en jet brisé sur le tronc et les membres, et pas sur la tête (15 secondes; température : 12° à 15°).

Administrer des reconstituants, amers, ferrugineux :

Teinture de noix vomique	4 grammes
Teinture de Mars tartarisée	5 —

VIII à X gouttes avant les repas.

L'anorexie hystérique guérit par ces moyens. Si tuberculose : remplacer l'hydrothérapie par des bains quotidiens de 10 minutes, contenant une bouteille d'eaux mères de Salies-de-Béarn.

Avant chaque repas, 1 cuillerée à dessert de :

Arséniate de soude	10 centigr.
Lactophosphate de chaux	6 grammes
Eau	400 —

Royat, Néris, Lamalou.

Dr CHARCOT.

Contre l'acné furonculeuse de la nuque

Soufre précipité	10 grammes
Alcool à 90°	10 —
Eau distillée	50 —
Eau de roses	50 —

(Lotion soufrée de Vidal).

Agiter; appliquer le soir, au pinceau; savonner le lendemain.

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 17.500 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. BUREAU), 33, rue J.-J. Rousseau

Le Gérant : Docteur LUCIEN-GRAUX.

CHEMIN DE FER DU NORD

QUATRE JOURS EN ANGLETERRE, du Vendredi au Mardi

La Compagnie du chemin de fer du Nord délivre les vendredis, samedis ou dimanches, à la gare de Paris-Nord et dans les Bureaux de Ville, des billets d'aller et retour de

PARIS A LONDRES

aux prix très réduits ci-après :
(non compris le droit de quittance de 0 fr. 10)
1re Cl. : **72 fr. 85** — 2e Cl. : **46 fr. 85**
3e Cl. : **37 fr. 50**

Ces billets seront valables, pour les voyageurs de 1re, 2e et 3e classes, par les trains ci-après :

1° Via *Folkestone-Boulogne* :
Londres, dép. 10h » mat. | Paris-Nord, arr. 5h20 soir
2° Via *Douvres-Calais* :
Londres, dép. 9h » soir. | Paris-Nord, arr. 5h50 mat.
Le mardi : Via *Folkestone-Boulogne* seulement :
Londres, dép. 10h » mat. | Paris-Nord, arr. 5h20 soir.

Ces billets donnent droit au transport gratuit de 25 kilog. de bagages sur tout le parcours.

A l'aller, le vendredi, samedi ou dimanche seulement.

1° Via *Boulogne-Folkestone* :
Paris-Nord, dép. 8h25 m. | Londres, arr.. 3h25 soir.
2° Via *Calais-Douvres* :
Paris-Nord, dép. 9h15 soir | Londres, arr.. 5h43 matin

Au retour, le samedi, dimanche et lundi.

CHEMINS DE FER D'ORLÉANS

VOYAGES DANS LES PYRENEES

TARIF **G. V. n° 105** (ORLÉANS)

La Compagnie d'Orléans délivre toute l'année des Billets d'excursions comportant les trois itinéraires ci-après, permettant de visiter le Centre de la France et les Stations balnéaires des Pyrénées et du Golfe de Gascogne.

1er ITINÉRAIRE. — Prix des billets : 1re cl. 164 fr. 50, 2e cl. 123 francs. — Paris, Bordeaux, Arcachon, Mont-de-Marsan, Tarbes, Bagnères-de-Bigorre, Montréjeau, Bagnères-de-Luchon, Pierrefitte-Nestalas, Pau, Laruns-Eaux-Bonnes, Pau, Puyôo-Bayonne Dax, ou Puyôo-Dax, Bordeaux, Paris.

2e ITINÉRAIRE. — Prix des billets : 1re cl. 163 fr. 50; 2e cl. 122 fr. 50. — Paris, Bordeaux, Arcachon, Mont-de-Marsan, Tarbes, Pierrefitte-Nestalas, Bagnères-de-Bigorre, Bagnères-de-Luchon, Toulouse (1), Paris (viâ Montauban-Cahors-Limoges ou viâ Figeac-Limoges).

3e ITINÉRAIRE. — Prix des billets : 1re cl. 164 fr. 50; 2e cl. 123 francs. — Paris, Bordeaux, Arcachon, Dax, Bayonne-Puyôo-Pau ou Puyôo-Pau, Laruns-Eaux-Bonnes, Pau, Pierrefitte-Nestalas, Bagnères-de-Bigorre, Bagnères-de-Luchon, Toulouse (1), Paris (viâ Montauban-Cahors-Limoges ou viâ Figeac-Limoges).

Durée de validité : 30 jours (non compris le jour du départ) avec faculté de prolongation.

Les billets du parcours additionnel ci-dessus peuvent être demandés, soit au commencement du voyage, en même temps que le billet circulaire, soit à Toulouse-Matabiau, au moment du passage dans cette gare.

Ces billets additionnels n'augmentent pas la durée de validité du billet circulaire auquel ils viennent se souder.

VILLES DE SAISON

CE QUI SE PASSE

Contrexéville.

Nous sommes heureux de relever dans la promotion des Officiers d'Académie le nom de M. L. J. Debiève, administrateur de l'Etablissement de Contrexéville qui a contribué pour une large part à l'embellissement de cet établissement ces dernières années. On sait que la station vient d'être complètement rénovée suivant un plan grandiose. Nous lui adressons ici nos sincères félicitations.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité International de Psychologie pathologique. Directeur : Dr A. Marie, de Villejuif. *Psychopathologie clinique.* — Tome II, 1.000 pages, avec 341 gravures dans le texte. — (Librairie Félix Alcan.)

Le premier volume de cette œuvre importante due à la collaboration d'éminents professeurs et praticiens de de tous pays était consacré à la *Psychopathologie générale.* Le deuxième qui parait aujourd'hui traite de la *Psychopathologie clinique.* Le troisième qui terminera l'ouvrage paraîtra au cours de la présente année et comprendra l'étude de la *Mentalité morbide au point de vue psychologique, la thérapeutique mentale* et *l'assistance comparée.*

Ce deuxième volume débute par une magistrale étude du regretté professeur Raymond sur les Névroses et les Psychonévroses, complétée par le travail de M. le Prof. Bechterew sur l'état psychopathique dans les affections organiques nerveuses et cérébrales. L'important chapitre sur les Paralysies générales a été traité par MM. A. Marie et Lhermitte.

Après avoir consacré ces premiers chapitres à l'exposé descriptif méthodique des troubles liés à des altérations somatiques bien définies et établies, le Dr Marie place à la suite les troubles mentaux d'origine tonique ou infectieuse avec, comme formes intermédiaires, les états cycliques et confusionnels (Pilcz de Vienne, Bagenoff de Moscou, Regis et Hesnard, Marie et A. Riche) et les manifestations délirantes dégénératives en bouffées ou chroniquement systématisées (Magnan, Sérieux et Capgras). Le volume se termine par les démences paralytiques et autres, y compris la demence precoce, puis les arrêts du développement de l'encephale, avec leurs manifestations cliniques (Ziehen de Berlin, Pick de Prague, Sollier, Roubinovitch, Colin et Bourilhet, Deny et Lhermitte).

L'Anaphylaxie, par Ch. Richet, professeur à la Faculté de Médecine de Paris. — (Librairie Félix Alcan.)

Cet ouvrage est un résumé des travaux récents très nombreux, qui ont été entrepris sur l'anaphylaxie. M. Charles Richet qui a, comme on sait, découvert cet important phénomène, en a exposé les conditions, autant par l'ensemble de ses expériences indiquées avec détail, que par la bibliographie très complète de tout ce qui a été fait sur ce sujet.

En médecine (thérapeutique, médecine légale, hygiène) comme en biologie générale, l'anaphylaxie est devenue une donnée fondamentale sur laquelle il importe d'être exactement informé.

Vade-Mecum polyglotte de la Pharmacie Internationale, par Célestin Rousseau, Président du Syndicat général des Pharmaciens de France. — (Librairie Hachette, Paris.)

Cet ouvrage est le complément nécessaire de notre Codex et de chaque pharmacopée nationale : car il rend possible à tout pharmacien l'exécution des ordonnances étrangères.

Ce livre est tout nouveau dans son genre; il a été conçu avec l'espoir d'être utile aux pharmaciens de tout pays, et dans le but spécial de leur faciliter l'exécution des *ordonnances médicales* qui proviennent *des pays étrangers.* Cette exécution est souvent impossible, soit à cause de l'ignorance de la langue étrangère, soit à cause des différences de compositions notables, qui existent dans les diverses pharmacopées, pour des préparations officinales ayant la même dénomination.

Ce livre n'a pas la prétention de résoudre toutes les difficultés qui peuvent se présenter dans la pratique pour exécuter les *ordonnances étrangères*; l'auteur espère cependant qu'il aidera à les résoudre fréquemment. En attendant que la Commission pour l'elaboration de la Pharmacopée Internationale soit définitivement constituée et puisse mener à bien cette entreprise si nécessaire, il s'écoulera encore bien des années; c'est pourquoi l'auteur a pensé à réunir, en ce petit ouvrage, un certain nombre de formules, extraites des pharmacopées des pays d'Europe, d'Amérique et du Japon.

Cet ouvrage renferme :

1° Des documents généraux sur les poids et mesures, les monnaies, les densimètres, la numération des divers pays;

2° Toute une série de tableaux comparatifs pour les formules, dans les diverses Pharmacopées, des extraits, teintures, pilules, etc., etc.;

3° Un formulaire de nombreuses préparations fréquemment prescrites dans leur pays d'origine;

4° Un Vocabulaire professionnel en 9 langues, disposé de telle sorte qu'il est utilisable pour toute personne connaissant l'une des langues suivantes : l'Anglais, le Français, l'Allemand, l'Espagnol, le Hollandais, l'Italien, la Russe, le Suédois ou l'Esperanto.

Ce livre contient donc 72 dictionnaires en un seul.

L'auteur a choisi, pour le corps de l'ouvrage, la langue Esperanto parce que cette langue est la *Synthèse de toutes nos langues Européennes.* parce qu'elle est un modèle de simplicité logique, parce qu'on peut l'apprendre en quelques heures, et parce que, seule. elle a rendu possible de composer ce livre, fait avec la collaboration de pharmaciens des huit pays dénommés ci-dessus.

La question Louis XVII résumée.

L'éditeur H. Daragon, spécialiste en publications sur la palpitante énigme historique Louis XVII, vient de lancer un charmant volume qui comblera certainement une lacune. Des milliers de volumes ont été écrits sur Naundorff et sur la survivance de Louis XVII, mais la plupart de ces livres sont bourrés de documents, de pièces, d'annotations qui encombrent souvent le texte primitif. Avec le nouveau volume de Senex on connaitra toutes les lignes principales de ce captivant problème. L'auteur présente son sujet à des lecteurs qu'il suppose ignorer la question et dans chaque chapitre il leur parle de son héros en termes clairs et précis, ne disant juste que ce qu'il est indispensable de connaitre pour avoir une opinion précise des personnages qui ont été mêlés de près ou de loin à la vie du fils de Louis XVII depuis son incarcération au Temple jusqu'à sa mort à Delft en 1845. Lorsque le lecteur aura fermé ce livre il aura une opinion exacte sur les intrigues qui ont obscurci à plaisir cette vie malheureuse et bien digne d'être mieux connue.

Louis XVII au Sénat.

Nos lecteurs se souviennent qu'en mars 1910 la troisième Commission des pétitions du Sénat fut chargée d'examiner la pétition n° 44 de M. Charles Louis de Bourbon, petit-fils de Louis XVII Naundorff. — Cette Commission, présidée par le sénateur Boissy d'Anglas, vient de déposer son rapport sur le bureau du Sénat avec avis favorable. De tous les points de la France comme de l'étranger, les demandes affluent de personnes s'intéressant à l'histoire de notre pays et principalement à l'étude de la Question Louis XVII. Le sénateur Boissy d'Anglas a donc décidé d'offrir au public une seconde édition de son rapport, édition augmentée de chapitres d'un grand intérêt historique — C'est cette seconde édition que nous présentons à nos lecteurs, il nous suffira de leur soumettre le sommaire de ce volume de 330 pages pour qu'ils se rendent compte de l'intérêt historique qu'il représente. — Ce rapport débute par une longue introduction, puis viennent les dépositions orales devant la Commission de MM. Fonlon de Vaulx (Henri Provins) et E. Daudet, la déposition écrite de M. Otto Friedrichs et la conclusion de la Commission. La seconde édition est augmentée d'études de M. Otto Friedrichs sur le Testament de la Duchesse d'Angoulême (Réponse à M. de Laurentic) et sur les voitures d'inhumation (Réponse à M. G. Montorgueil).

Histoire de la Magie et de la Sorcellerie en France, par Th. de Cauzons, chez Dorbon l'aîné, 53 ter, quai des Grands-Augustins, Paris.

Les sorciers dont tout le monde parle n'avaient, jusqu'à présent, pas d'histoire complète. Un érudit déjà connu, M. Th. de Cauzons, s'est mis à la tâche et nous donne aujourd'hui le résultat de son travail. Anciens livres de sorcellerie, bulles pontificales, directoires de l'Inquisition, comptes rendus de procès, traitée spéciaux de droit, auteurs modernes, traités de magnétisme, de spiritisme, d'occultisme, ouvrages pour ou contre, il a tout lu et va tour à tour nous instruire, ou nous terrifier.

Le premier volume nous initie aux mystères diaboliques, dont l'origine remonte à la plus haute antiquité, car le diable — ou la croyance au diable — a le même âge que l'homme. Après avoir traité de la Magie chez les peuples anciens, l'auteur nous en fait constater la survivance presque intégrale et sous des formes identiques, jusqu'à nos jours.

Il nous fait assister aux évocations magiques, aux crimes des sorciers, à leur Sabbat, à leurs maléfices. Il traite tour à tour des differentes espèces de devins : astrologues médicaux ou judiciaires, alchimistes, adeptes de la magie noire. Il nous montre également la lutte qui s'engagea contre les sorciers, lutte qui commença d'abord par des exorcismes et des actes contremagiques et aussi par des représailles populaires, pour finir par des jugements réguliers, tant de la part des autorités laïques que de la part des Inquisiteurs ecclésiastiques. — L'auteur, en passant, nous cite de nombreuses recettes magiques, formules d'évocations, phylactères, sans oublier des recettes médicales (!) tirées des auteurs les plus fameux de l'art d'Hippocrate.

Th. de Cauzons nous donne aujourd'hui le 2e volume de sa si complète *Histoire de la Magie* qui doit se composer de 4 volumes formant ainsi le plus important monument élevé, en quelque langue que ce soit, à l'étude des choses mystérieuses et des forces inconnues. — Ce volume comprend d'abord une rapide incursion dans la magie juive, indispensable à connaitre puisque c'est en s'appuyant sur le texte des Ecritures que plus tard l'on poursuivit les Sorciers, et puisque, au moyen âge, les plus fameux médecins, de même que les principaux alchimistes et astrologues, furent presque tous des Juifs, dont la science consistait surtout en la connaissance parfaite des anciens grimoires, notamment ceux attribués à Salomon. L'auteur donne aussi un résumé des législations grecque et romaine touchant l'art magique, puis passe à la France où il étudie la sorcellerie depuis les Gaulois jusqu'en 1431 et nous fait ainsi assister au développement de la croyance au diable, à la poursuite des sorciers et à leur supplice, à la création de l'Inquisition, au Procès des Templiers, aux opinions des Papes touchant la sorcellerie, aux épidémies démoniaques du xve siècle, principalement dans le Dauphiné et les provinces voisines ainsi qu'en Normandie et dans le Nord-Est de la France, aux mésaventures des Vaudois d'Arras, au procès du célèbre Gilles de Rais, le prototype de Barbe-Bleue, pour finir ce volume par le procès de Jeanne d'Arc et sa revision.

La Sexologie, par Sirius. — Daragon, éditeur.

La Sexologie c'est l'art de prédire le sexe des enfants avant leur naissance : c'est en quelque sorte l'Oracle des Sexes et le Manuel des mères et des épouses. L'auteur base ses conclusions sur les influences astrales ! Pour connaitre les présages de générations il prétend ériger les figures astrologiques des deux époux et les comparer entre elles.

Conférences sur la Photographie, par Cyrille Menard, comprenant cinq brochures sur les sujets suivants :

I. Les Origines, les Progrès, les Conquêtes de la Photographie. — II. L'Outillage et le Matériel photographiques. — III. L'Image négative : Préparation. Développement et Toilette du Cliché. — IV. — L'Image positive : Tirage. Agrandissement, Montage. — V. Les Tirages artistiques : Charbon. Gomme, Ozobrome, Huile.

Prix de chaque brochure, 0 fr. 60. — Paris, Charles Mendel, éditeur.

La lecture de ces Conférences, où l'auteur s'est attaché tout particulièrement à ne présenter que des méthodes et des formules pratiques, offrira le plus grand attrait aux débutants, qu'elle initiera rapidement et sans effort aux opérations photographiques en même temps qu'elle mettra à leur portée un précieux instrument d'éducation artistique.

La névralgie faciale « essentielle » et son traitement par les Injections locales neurolytiques (*Consultations medicales françaises,* fascicule XXVI), par le Dr J.-A. Sicard, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux — (A. Poinat, éditeur.)

La base de toute réforme (santé, richesse et liberté assurées à la Société et à chaque individu par l'Alimentation Rationnelle). — (A. Maloine.)

H, Marié-Davy.

F. Marie-Davy vient de consacrer une belle étude à la mémoire de son père, le savant bien connu.

Le 606 et le cimatoxyl, par Guy Rossi. — (Ficker, édit.)

M. Guy Rossi, chef de clinique à l'œuvre antituberculeuse de Paris, vient de consacrer un intéressant ouvrage à l'étude comparée de deux produits, le 606 et le cimatoxyl. Les résultats obtenus à la clinique de l'œuvre antituberculeuse de Paris avec l'emploi du cimatoxyl sont très encourageants.

REVUE FINANCIÈRE

Le marché a été nettement mauvais ces jours derniers. La faillite Erhard et les ventes forcées à la suite de la baisse de la semaine précédente ont provoqué un mouvement de recul assez accentué sur de nombreuses valeurs. C'est le moment d'acheter pour mettre en portefeuille pour ceux qui ont des disponibilités !

	13 mars 1911	18 mars 1911	19 mars 1910	Taux capit. actuel
Fonds d'Etat :				
3 0/0 perpétuel...	97 55	96 55	98 225	3.10
Brésil 4 % 1889 .	91 70	91 65	92 30	4.14
Espagne ext. 4 0/0.	97 475	97 85	97 125	4.08
Japon 4 % 1905.	95 80	95 80	99 10	4.17
Russie 5 % or 1906... ...	106	106	105 45	4.71
Russie 4 1/2 % 1909.......	101 50	101 45	99 60	4.43
Russie 3 1/2% or 1894....	89 35	88 90	87 65	3.90
Banques et Établissements de Crédit :				
Banque de France, cpt.	4400 ..	4080 ..	4285 ...	3.50
Banque de Paris et des Pays-Bas..	1810 ...	1784 ..	1774 ...	4.32
Comptoir National d'Escompte	915 ...	910	809 ...	3 57
Crédit Fonc. de France	840 ...	840 ..	803 ...	3.57
Crédit Lyonnais.	1501 ...	1488 ..	1445 ...	4.03
Société Génér.	780 ...	780 ..	727 ...	3.16
Banque de l'Union Parisienne.....	1142 ...	1127 ..	1018 ...	3 99
Crédit Mob. Français	693 ...	681 ..	736 ...	5.13
Valeurs de transports :				
Est........	890 ...	890 ..	961 ...	3.97
Lyon......	1170 ...	1160 ..	1360 ...	4.82
Midi......	1030 ...	1021 ..	1171 ...	4.89
Nord	1530 ...	1514 ..	1799 ...	4.75
Orléans.	1279 ...	1258 ..	1443 ...	4.69
Ouest.... ...	945 ...	946 ..	978 ...	4.06
Métropolitain	650 ...	651 ..	604 ...	3.08
Nord-Sud....	334 ...	326 ..	320 ...	»
Omnibus (nouv.) .	670 ...	668 ..	1525 (anc.)	»

Voici les dernières cotes :

Les Maltzoff ont encore des cours instables et les Hartmann ont repris partie de la réaction précédente. Les mines ont été très secouées par ce que l'on a appelé le « coup du père Wernher ». Le Central Mining et la Rand Mines qui donnent de copieux dividendes ne pourront rester longtemps à des cours aussi bas que ceux que l'on pratique actuellement et qui sont à n'en pas douter des cours d'achats.

A. S. Weil.

82e Année (Série XIIIe) — N° 87 | Le Numéro 25 Centimes | Mercredi 29 Mars 1911

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

Abonnements et Vente au Numéro
Librairie Médicale J. ROUSSET
1, Rue Casimir-Delavigne
PARIS

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale 15 fr.
Édition Espagnole 10 fr.
Édition Portugaise 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

DIRECTION & RÉDACTION
11 bis, Rue Villebois-Mareuil, PARIS
DIRECTEUR :
Dr LUCIEN GRAUX
Lauréat de l'Institut

Ancienne *Gazette de Santé*
(139e Année)

Hors concours, Membre du Jury
Exposition franco-britannique 1908
Vice-Prés. Expos. Bruxelles Cl. 16

ÉCHOS

Médecin adjoint des asiles.

Le jury de ce concours est constitué comme suit :

Président : M. Granier, inspecteur général des services administratifs du ministère de l'Intérieur.

Membres titulaires : MM. Rémond, professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté de Médecine de Toulouse; Laignel-Lavastine, professeur agrégé de médecine mentale à la Faculté de Médecine de Paris; Vallon, médecin en chef de l'asile Sainte-Anne; Ramadier, directeur-médecin de l'asile de Blois; Collin, médecin en chef de l'asile de Villejuif; Allombert Goget, médecin en chef de l'asile de Marseille.

Membres suppléants : MM. Sizaret, médecin en chef de l'asile de Rennes; Sérieux, médecin en chef de l'asile de Maison-Blanche.

La lutte contre la tuberculose.

Une intéressante initiative vient d'être prise par la municipalité lyonnaise, comme le montre la note suivante que publient les journaux médicaux de Lyon :

« *Avis à MM. les étudiants.* — MM. les étudiants connaissant des chambres garnies insalubres (insuffisance d'aération ou d'éclairage, tuberculose et autres maladies contagieuses, etc.) sont instamment priés de les signaler, par écrit, à M. le Maire de Lyon, à l'Hôtel de Ville, 2e bureau.

« Ces déclarations aideront à la défense de la santé publique; elles permettront à l'administration municipale de poursuivre la lutte contre la tuberculose, qui fait de si nombreuses victimes, en particulier, parmi les étudiants. »

Méthode japonaise pour rappeler à la vie.

Le Kuatsu (partie intégrante du jiu-jitsu), est la méthode à laquelle les Japonais ont recours pour rappeler à la vie ceux qui ont été « knocked-out ». On a constaté qu'elle était efficace aussi dans les cas d'insolation, d'asphyxie pour des noyés et des évanouissements pour d'autres causes.

La méthode est pratiquée de la façon suivante : Le sujet est étendu la face contre terre, les bras allongés de chaque côté et l'opérateur avec son poignet frappe rudement la septième vertèbre verticale avec la régularité d'un charpentier frappant avec un marteau. Aussitôt que le malade recouvre connaissance, il est placé dans une posture assise, les bras sont mis en mouvement rotatif et il est aidé à marcher.

Cette dernière instruction est regardée comme indispensable dans l'application du Kuatsu, son objet étant de rétablir complètement les fonctions de la circulation et de la respiration. Autrement, le patient retombe dans l'inconscience.

Suivant l'auteur, le point essentiel de cette méthode est l'ébranlement de l'épine de la septième cervicale. C'est un des moyens par lesquels le réflexe du cœur peut être obtenu. L'instrument le plus efficace pour cet effet est un marteau pneumatique. L'auteur déclare qu'il a eu occasion de pratiquer le choc vertébral dans bien des maladies infectieuses aiguës impliquant le cœur et il a noté l'action presque miraculeuse de la méthode en question.

En faveur de l'Académie de Médecine.

MM. Desplas, Charles Deloncle et Chailley ont déposé l'article additionnel suivant à la loi de finances :

« A partir de la promulgation de la présente loi, l'Académie de Médecine sera investie de la personnalité civile. »

L'assainissement des voies privées.

Sur la proposition de M. Strauss, le Sénat vient d'adopter en première lecture un projet de loi relatif à l'assainissement des voies privées. Celles-ci, comme l'on sait, dans la plupart des villes et même à Paris, laissent beaucoup à désirer au point de vue de l'hygiène Elles sont dans un état très regrettable d'infériorité au point de vue de l'approvisionnement en eau potable et de l'évacuation des eaux usées. Elles constituent par suite un foyer permanent d'insalubrité et d'épidémies.

A Paris, les règlements sanitaires ont fait tout ce que permettait la loi de 1902 pour assimiler les voies privées aux voies publiques. Mais la procédure organisée par la loi de 1902 est lente et compliquée; elle est particulièrement défectueuse lorsque la voie appartient à plusieurs propriétaires.

La constitution d'associations syndicales, en vertu des lois de 1865 et de 1889, ne conduit pas non plus au but d'une manière efficace; il suffit du mauvais vouloir d'un seul propriétaire pour paralyser tous les autres.

La nouvelle proposition de loi organise le Syndicat obligatoire des propriétaires riverains d'une voie privée. On obtient ainsi un moyen de contrainte à l'égard du propriétaire récalcitrant qui se refuse à accomplir ses obligations sanitaires.

D'autre part, la proposition de loi prescrit l'organisation de caisses de prêts qui feront aux petits propriétaires les avances qui leur seront nécessaires pour s'acquitter de ces obligations.

Les bouilleurs de cru.

MM. Georges Berry et Charles Deloncle ont déposé une proposition supprimant le privilège des bouilleurs de cru. Les droits de consommation sur l'alcool seraient supprimés et remplacés par un droit de fabrication sur tous les liquides alcooliques distillés sans exception. Ce droit serait de 2 fr. 20 par degré alcoolique.

Election au Sénat.

M. le professeur Debierre (de Lille) vient d'être élu sénateur du département du Nord.

Une Exposition du Livre et de la Presse.

Une Exposition du Livre et de la Presse va être organisée à l'Exposition de Roubaix, sous les auspices du Comité national des Expositions coloniales par le Syndicat de la Presse coloniale et le Courrier de la Presse.

Le but est de réunir dans un pavillon qui sera édifié spécialement d'après les plans de l'Ingénieur Laillet et dont la construction est avancée, tout ce qui est publié sur les entreprises coloniales ainsi que les ouvrages pouvant être utiles ou agréables à des colons.

Cette Exposition aura le double avantage de faire connaître aux habitants de la Métropole les ouvrages spéciaux sur les questions coloniales et les journaux des colonies dont la lecture peut être des plus fructueuses en cette période de grande activité pour la mise en exploitation de nos richesses coloniales et de mettre en même temps sous les yeux des coloniaux visitant l'Exposition, non seulement ces ouvrages spéciaux, mais quantité de volumes sur les sujets les plus divers.

Un catalogue spécial de tous les volumes exposés sera édité pour être remis gratuitement à tous les visiteurs.

Les adhésions et demandes de renseignements doivent être adressées à Paris : au Syndicat de la Presse coloniale, rue des Halles, 2; ou au Courrier de la Presse, 21, boulevard Montmartre.

COMMENT FAIRE LE

Diagnostic immédiat de la Mort

Par le Docteur MAURICE D'HALLUIN
Chef des travaux de Physiologie à la Faculté libre de Médecine de Lille.

En raison de l'incertitude qui règne sur la question, la publication d'un nouveau signe de la mort ne manque jamais d'attirer l'attention, aussi a-t-on vu récemment reproduit dans de nombreux journaux l'article du docteur Ott, de Lillebonne (1). Le signe qu'il préconise consiste dans la production d'une phlyctène *explosible* quand on approche de la peau d'un mort, par exemple, une allumette enflammée. L'auteur donne son procédé comme *nouveau* et *certain*. Ces deux épithètes ont été et méritent d'être contestées.

1° *Le signe est-il nouveau ?*

Depuis longtemps, l'épreuve de la brûlure a été appliquée au diagnostic de la mort. Icard (2) la dit signalée par Lancisi, Prévost de Padoue, Zacchias, Peu, Bruhier, Fabri, Pechlin, Kirchmann, Kornemann, Winslow, Falconnot, Duncan, Louis, etc.

Plus près de nous, à propos d'une communication de *Mandl* à l'Académie des Sciences, 22 février 1847 (3), *Lévy* rapporte ses recherches concernant le même sujet et publiées en 1840, dans la thèse de *Ménestrel*. Ces auteurs pouvaient connaître les travaux de *Christison* (4) publiés en 1832. Ceux de *Champouillon* (5) publiés en 1846. *Bouchut* (6) lors de la communication de Mandl, fit ses réserves sur la valeur du procédé, réserves basées sur des expériences personnelles et sur les faits de phlyctènes séreuses observées sur le cadavre par *Leuret* et par *Magendie*. Dans un bon travail original, *Chambert* (7) s'efforce de mettre au point la question. Une brûlure au second degré produite pendant la vie est caractérisée : 1° par une *auréole inflammatoire* persistant après la mort; 2° par une *phlyctène* remplie de sérosité coagulant en masse sous l'action de la chaleur et de l'acide nitrique (8). Toutefois, la phlyctène peut manquer et l'auréole inflammatoire aurait, grâce à sa constance, une valeur diagnostic beaucoup plus certaine (9). Les auteurs sont à peu près unanimes à admettre que chez le cadavre : 1° cette auréole est absente (10) et 2° que les *phlyctènes* peuvent se développer (1). Mais ces phlyctènes contiennent une sérosité ne coagulant plus en masse sous l'influence de la chaleur et de l'acide azotique, elles se forment *surtout chez les sujets infiltrés*. Les causes d'erreur et les divergences d'opinion donnent à l'épreuve de la brûlure, considérée comme signe « vulgaire » de la mort, un caractère au moins douteux. Mais il est bon de remarquer qu'on ne parle guère, dans les travaux précédents, de la phlyctène gazeuse (2) et il faut arriver au travail de *Martenot* (*de Cordoue*) pour voir, en 1864, nettement signalé comme signe diagnostic de la mort la production d'une phlyctène explosible. Le travail de Martenot est cité entre autres par Icard (3), Brouardel (4), Geniesse (5). Le docteur Ott commet une erreur d'ailleurs très excusable en croyant son procédé nouveau, mais en le considérant comme certain, il formule une opinion très contestable. Voyons plutôt.

2° *Le procédé est-il certain ?*

Il est assez curieux de remarquer que la critique du procédé de la phlyctène gazeuse a été très judicieusement faite par *Plouviez* (6) au lendemain même de sa publication. Plouviez constate sur le cadavre le fait annoncé par Martenot, mais il obtient aussi des phlyctènes explosibles sur des animaux qui, mis en état de mort apparente, reviennent cependant à la vie. *Brouardel* (7) écrit : « La phlyctène explosible peut, d'ailleurs, se produire dans les derniers moments. » *Pailhas* (8) cite chez un électrocuté une phlyctène gazeuse à côté d'une phlyctène séreuse: *Clément de Lyon* détermine des phlyctènes explosibles sur un membre qu'on allait amputer (9). Nous avons nous-mêmes observé sur un chien en état de syncope chloroformique, la production de phlyctènes explosibles; sur le même animal, ces phlyctènes se sont développées d'une façon inconstante après l'arrêt du cœur! Dans une expérience de toxicité urinaire, sur un lapin, après la disparition du reflexe cornéen et malgré la persistance des fonctions cardiaques et respiratoires, nous avons aussi obtenu des phlyctènes gazeuses très nettes. Même résultat positif chez un autre lapin, durant l'anesthésie et aussi après le réveil. Ces résultats sont confirmés par d'autres expériences chez des chiens simplement endormis et non en état de mort apparente. Chez un autre chien, ayant reçu en injection intraveineuse et à deux reprises une dose de 0 gr. 05 de sulfate de magnésie par kilog., mais ayant encore des réflexes, bien qu'une sensibilité générale légèrement émoussée, nous avons obtenu de superbes phlyctènes explosibles (1).

La phlyctène explosive déterminée par l'approche d'une allumette enflammée n'est donc pas un signe certain de la mort. Peut-on espérer trouver dans l'état de sécheresse du derme un renseignement complémentaire ? Oui, d'après le commentaire qui accompagne dans l'*Echo de la Médecine et de la Chirurgie* la communication de Pailhas.

Cette opinion pourrait s'appuyer sur les travaux de Christison qui signale la sécheresse du derme dans les brûlures faites après la mort. Mais les recherches minutieuses de Chambert prouvent que cette sécheresse est très inconstante puisque l'auteur produisant, sur des cadavres humains, des phlyctènes séreuses, les vide et les voit se remplir à nouveau.

Nous ne pouvons mieux faire, pour résumer cette critique, que de rajeunir les conclusions de Plouviez, trouvant effrayant ce permis d'inhumer donné par l'explosion d'une vésicule formée par la flamme d'une allumette-bougie et ajoutant : L'épreuve de Martenot « me paraît être une déception... En attendant, doutons, n'est-il pas permis d'être d'une extrême reserve quand, expérimentalement... on peut amener les effets identiques dans la mort apparente et dans la réelle. »

Avec l'espoir de n'avoir pas la même mésaventure que notre confrère le docteur Ott, nous voulons, pour terminer, donner un nouveau (?) signe de la mort. Ce n'est point le permis d'inhumer que nous lui demandons, il semble que le procédé de la réaction sulfhydrique imaginée récemment par Icard (2) ait à ce point de vue, d'après les expériences de l'auteur, une valeur à peu près certaine. Mais, dans certains cas de mort accidentelle, les battements du cœur n'étant plus perceptibles à l'auscultation, on peut se demander jusqu'à quel point s'impose la nécessité de prodiguer les soins classiques usités de la syncope. Dans ces cas, si la reaction que nous proposons est positive, elle encouragera le praticien à multiplier des efforts qu'il peut espérer voir couronnés de succès. Si, au contraire, la réaction négative semble (3) imposer le diagnostic de mort, on a encore la ressource, en cas de doute, de recourir à l'injection intra-veineuse (4) de fluores-

(1) *Revue Médicale de Normandie*, 25 janvier 1906 : « Sur un signe diagnostic pratique de la mort ». — *Revue de Médecine légale*, 1906.

(2) La mort réelle et la mort apparente. Paris, 1897, p. 53.

(3) Sur un signe qui semble propre à faire distinguer la mort apparente de la mort réelle.

(4) *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*. 1832, p. 148. « Recherches expérimentales sur les différences que présentent les brûlures faites avant et après la mort. »

(5) *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1846, p. 412. De la possibilité de reproduire après la mort quelques caractères des brûlures faites pendant la vie.

(6) *C. R. Ac. des Sciences*, 1847, p. 380. — *Traité des signes de la mort*, 1849, p. 102.

(7) Recherches médico-légales sur les différences de brûlures produites pendant la vie ou après la mort. *Annales d'hyg. pub. et de méd. lég.*, 1859, pp. 343-397.

(8) La présence des leucocytes dans la sérosité semble aussi un bon signe de réaction vitale.

(9) BOUCHUT met en doute la constance même de l'auréole inflammatoire, mais il se base sur une seule observation.

(10) CHAMPOUILLON a pu, chez le cadavre, réaliser une pseudo-auréole qu'il est, d'après lui, facile de distinguer de l'auréole inflammatoire vraie. Personne, à notre connaissance, n'a pu reproduire cette pseudo-auréole.

(1) Il semble toutefois que ce développement ne soit pas instantané et exige une exposition à une chaleur plus forte que sur le vivant.

VIBERT (*Médecine légale*, 1903) cite la production des phlyctènes séreuses observées sur des cadavres par Hofmann et par Taylor. Wright a obtenu des phlyctènes sur un membre amputé 4 minutes après la séparation du tronc. Brouardel cite le même fait.

(2) Le fait tient peut-être à ce que les phlyctènes gazeuses s'obtiennent dans certaines circonstances spéciales et non pas dans toute application quelconque de calorique. Tantôt les auteurs ont employé de l'eau bouillante, tantôt des cautères chauffés, tantôt le marteau de Mayor, tantôt de la cire enflammée, tantôt le voisinage d'un brasier ardent.

(3) *Loc. cit.*

(4) La mort et la mort subite.

(5) La mort réelle et la mort apparente, p. 388.

(6) Réflexions à propos d'anesthésie, d'éthérisation, d'asphyxie, d'acupuncture du cœur, de la compression, etc... *Union Médicale*, 1864, p. 583.

(7) *Loc. cit.*, p. 53.

(8) *Echo de la Médecine et de la Chirurgie*, 1906, p. 199.

(9) Communication à la Soc. des Sc. Méd., 1880. Lyon. *Echo de la Médecine et de la Chirurgie*, 1906, p. 164.

(1) La peau du chien étant assez épaisse, il est urgent, pour réussir, de choisir un endroit où elle est relativement fine. Operant sur des animaux couchés sur le dos, il était difficile, pour brûler la peau du ventre, d'employer le procédé de l'allumette que nous avons remplacé par l'emploi du thermocautère. Pour ce, nous avons pris le couteau le plus large porté au blanc et tenu parallèlement à la surface de la peau, de telle sorte que la partie chauffée *en reste à quelques millimètres*. On peut, de la sorte, suivre des yeux la formation de la phlyctène qui éclate bientôt en produisant un bruit plus ou moins fort.

(2) Le signe de la mort réelle en l'absence du médecin (Maloine, édit.).

(3) Bien que le procédé nous semble d'une grande sensibilité, nous faisons des réserves pour l'interprétation de l'épreuve, tout au moins en cas de résultat négatif. Nous préférons laisser au temps et à l'expérience faite sur une grande échelle et par d'autres que par nous, le soin de prononcer sur la valeur même dans son sens négatif de ce procédé, que vu sa simplicité nous espérons voir se répandre.

(4) Contribution à l'étude du diagnostic de l'arrêt du cœur. Epreuve de la fluorescéine. Dr Maurice D'HALLUIN, *Journal des Sciences médicales de Lille*, 9 déc. 1905.

céine. Nous avons dit ailleurs que le résultat négatif de cette épreuve était, à notre avis, l'indication de la nécessité du massage du cœur, car, démontrant d'une façon certaine l'arrêt absolu de cet organe, elle signale en même temps l'inutilité des méthodes classiques incapables, pensons-nous, d'après nos recherches expérimentales, de faire rebattre un cœur arrêté pendant plusieurs minutes. Voici d'ailleurs, *in extenso*, la note que nous avons publiée à la *Société de Biologie* (1) sur le nouveau signe où nous préconisons l'observation d'un phénomène banal, à savoir l'injection de la conjonctive sous l'influence des irritants comme un moyen de constater l'existence certaine de la circulation.

« L'emploi de l'ophtalmoscope permet, grâce à l'observation des vaisseaux rétiniens, de faire le diagnostic de l'arrêt du cœur. Nous croyons pouvoir arriver plus simplement au même résultat en examinant la vascularisation du globe oculaire. Nous avons donc eu recours à l'artifice suivant :

« Une solution de dionine au vingtième instillée dans l'œil provoque, en quelques instant, une turgescence des vaisseaux superficiels devenant, dès lors, très apparents. On obtient aussi du chémosis et du larmoiement, mais, retenant surtout la rubéfaction, nous avons pensé que ce phénomène, supposant l'existence de la circulation dans les vaisseaux, il nous serait possible d'employer la dionine pour diagnostiquer, suivant le sens de la réaction, l'activité ou l'arrêt du cœur. Nous avons cherché à vérifier la sensibilité du procédé. Sacrifiant un chien par asphyxie ou faradisation du cœur, nous avons constaté que l'instillation de dionine dans l'œil ne produisait aucun résultat après l'arrêt du cœur. Mais si nous faisions ensuite le massage direct ou indirect (2) du muscle cardiaque, nous voyions, sous l'influence de la circulation artificielle réalisée par cette manœuvre, l'œil dionisé s'injecter nettement. La constatation est d'autant plus facile à faire que l'autre œil sert de témoin.

« Il est bon, durant l'épreuve, de ne pas relever la tête du sujet, mais de la laisser en position horizontale. Il est indispensable aussi d'éviter toute manœuvre, telle que la respiration artificielle, la compression de l'abdomen, capable de réaliser, en agissant indirectement sur le cœur, une circulation artificielle qui, malgré sa faiblesse, provoque l'injection de l'œil dionisé, et peut faire croire à tort à l'existence d'une circulation spontanée.

« La lecture de la thèse de Chevrotier (3) nous a donné l'idée de remplacer la dionine par l'*éther*. Cette substance produit une rubéfaction au moins égale, sinon supérieure, à celle de la dionine, une rubéfaction transitoire grâce à la volatilité du produit, mais elle se renouvelle à chaque instillation. L'éther a, sur la dionine, un avantage considérable, celui de pouvoir provoquer le retour de la respiration si le cœur n'est pas encore arrêté. C'est donc un mode de diagnostic et de traitement, et, pour cette raison, nous préférons son emploi à celui de la dionine, qu'on se procure d'ailleurs moins rapidement.

« En résumé, dans le cas de syncope grave, chloroformique ou autre, l'instillation d'*éther* dans un œil permet de diagnostiquer, si la rubéfaction se produit, la persistance de battements du cœur inappréciables à l'auscultation. La constatation de ce fait encouragera le médecin à prodiguer ses soins, en lui montrant qu'il s'agit d'une syncope respiratoire dont on peut venir à bout à force de persévérance. Nous n'osons pas, dans son aspect négatif, donner ce signe comme absolument certain de la mort. L'ingénieux procédé de la fluoresceine d'Icard nous semble donner, à ce point de vue, plus de garantie. Mais, indépendamment de l'action thérapeutique mise en relief par le travail de Chevrotier, nous croyons trouver, dans les *instillations d'éther dans l'œil*, un moyen facile, rapide et suffisamment exact pour constater, dans les cas urgents, la persistance ou l'arrêt des battements cardiaques imperceptibles à l'oreille ou à la palpation, et faire, en un mot, le diagnostic immédiat de la mort relative (1). »

(1) 7 avril 1906, p. 668. Contribution à l'étude des signes de la mort. Rubefaction provoquée du globe oculaire appliquée au diagnostic de la persistance de la circulation dans le cas d'absence des bruits du cœur. Voir aussi *Bulletin Médical*, 19 septembre 1906.

(2) Il s'agit ici de la simple compression du thorax.

(3) Etude expérimentale sur les effets des excitations conjonctivales dans les arrêts de la respiration et du cœur et sur son mécanisme physiologique (Thèse de doctorat ès sciences, Lyon, 1905).

(1) Pour la définition de ce terme, voir les « Etapes de la Mort », Soc. de biol., 7 avril 1906, et surtout *Revue de Lille*, mars et avril 1906.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Hygiène de la bouche ou des dents. Préparations dentifrices.

M. le Dr Jacques Bonnes conseille :

Menthol........	5 grammes.
Formol........	6 gouttes.
Talc pulvépisé...	100 grammes.
Glycérine.......	q. s. pour faire une pâte.

Conserver dans des tubes en étain.

On pourra ajouter un parfum quelconque; le plus simple et le moins coûteux est encore la vanilline. Le mélange suivant donne une odeur très agréable :

Essence d'anis vert.............	0 gr. 50
Heliotropine amorphe............	0 gr. 10

Il faut remarquer que le *formol* joint une action antiseptique deux fois plus puissante que celle du sublimé à un pouvoir très marqué de durcissement des gencives. A la dose de 1 p. 1.000, il tue les microbes salivaires en moins de deux heures. Dans les décollements des gencives, il est supérieur au tannin. Dessirier l'a préconisé dans le traitement des aphtes. Sous l'influence d'applications locales, la douleur cesse instantanément et les ulcérations perdent très rapidement leur caractère atone.

L'addition de menthol permet de masquer l'odeur irritante et la saveur âcre du formol. Il se forme un composé antiseptique nouveau qui répondrait, suivant Liotard, à la formule : $CH^2 (OC^{10} H^{19})^2$.

Méfions-nous du menthol, par H. Triboulet, médecin de l'hôpital Trousseau (*La Clinique*).

Pendant longtemps, et bien souvent encore, actuellement, à l'exemple de nos anciens, je me suis contenté de traiter bien des coryzas par l'onction d'un corps gras, comme le cold-cream frais. Pour moderniser davantage, je l'ai, maintes fois, fait remplacer par de la vaseline stérilisée simple, en tube — ce qui a l'avantage d'être fort bien accepté, en particulier des enfants.

Notre désir d'antisepsie nous a conduits, après avoir délaissé la douce huile de camomille camphrée, à nous adresser successivement à l'huile mentholée, à l'huile résorcinée, à l'huile goménolée. Des deux dernières, formulées à 1/100e, à 1/50e, à 1/30e, je ne dirai rien, sinon qu'elles sont d'ordinaire très bien tolérées. Mais, avant même que les spécialistes les eussent substituées à l'huile mentholée, j'avais abandonné celle-ci. Je la trouvais parfois irritante ; ce que je constatais à la rougeur de l'orifice des narines, et aussi à l'irritation naso-pharyngée, se traduisant par une sécheresse et par un picotement désagréable chez les sujets assez âgés pour rendre compte de leurs sensations, par de la toux « d'irritation » chez les petits sujets. Or, dans quelques articles récents, on a été jusqu'à signaler certains faits alarmants d'allure spasmodique laryngée, chez de très jeunes enfants.

Bien que n'ayant, personnellement, rien vu de semblable (je n'ai jamais formulé l'huile mentholée à plus de 1 0/0), j'avais contre le menthol une prévention qui s'autorisait de quelques faits, banaux sans doute, mais tout de même fort probants. J'ai assisté à deux cas de conjonctivite aiguë, dont l'une fort intense, que j'attribuais à un coryza grippal, avec ascension par le canal lacrymal. Il y avait bien coryza, mais les sujets, récidivistes invétérés en ce genre, n'avaient jamais eu de conjonctivite... avant l'emploi extra-médical, je veux dire, sans ordonnance, de certaine poudre nasophile, dans laquelle, parmi un excipient pulvérulent inerte, se trouvait incorporée une forte proportion de menthol.

Dans un troisième cas, je me trouvai en face d'un magnifique érysipèle de la face — le diagnostic d'impression, du moins, était inévitable. Tuméfaction rouge vif du nez et des pommettes, réalisant le papillon schématique, boursouflure avec état granité du derme, et, non moins, la limite en bourrelet, sans parler de l'œdème palpébral et de la céphalée ; tout y était, sauf le retentissement ganglionnaire et sauf la fièvre.

Ayant rejeté le diagnostic d'érisypèle, je pensai au coup de soleil ; mais, si nous étions en été (fin juin), le sujet, un colosse campagnard, était de ces durs « à cuire » à qui Phébus avant, depuis longtemps, tanné l'épiderme, au point de le rendre invulnérable. Un coryza, car il en avait un, n'était qu'une manifestation d'asthme des foins dont notre sujet se ressentait chaque année, et ce coryza ne pouvait, à lui seul, expliquer tout le mal. Pas d'ulcération, pas d'érosion, mais une lèvre supérieure luisante, rouge et tuméfiée : le feu venait bien des narines ; qui l'avait allumé ?

— Pourtant, vous ne prisez pas ? dis-je à mon patient en le questionnant au sujet du tabac.

— Non, certes, c'est bien assez de fumer ; toutefois, pour mon rhume de cerveau, je me sers d'une poudre que j'ai achetée avant-hier.

Il ne m'en fallut pas plus pour soupçonner, puis reconnaître, là encore, un des effets d'une bienfaisante poudre nasophile.

Depuis ce temps, j'ai toujours tenu le menthol en suspicion, et je ne m'étonne pas — à voir ses méfaits extérieurs possibles — qu'on ait pu signaler quelques désordres laryngés inquiétants chez l'enfant.

Aux spécialistes de dire si, à tort ou à raison, il y a lieu de se méfier de l'emploi du menthol

L'Autorité des Maires en matière de Salubrité publique

UN GRAND OBSTACLE

Au fonctionnement de la Loi du 15 Février 1902

Par M. AUGUSTIN REY

Membre du Conseil supérieur des habitations au Ministère du Travail

Membre du Conseil supérieur et du Comité technique de la petite propriété rurale au Ministère de l'Agriculture

Le principe sur lequel est basée toute l'organisation intérieure du pays est la délégation au pouvoir municipal de toutes les fonctions relatives à l'administration de l'agglomération.

La loi du 15 septembre 1790 donnait expressément au pouvoir municipal la fonction de faire jouir les habitants de la commune non seulement des avantages de la tranquillité et de la sécurité, mais aussi de ceux de la propreté et de la salubrité.

La loi de 1902 n'a pas dérogé à ce principe et a remis, très justement, selon nous, la charge de son exécution aux maires.

L'examen du fonctionnement de certaines lois à l'étranger amène à reconnaître que la déformation progressive subie par les pouvoirs municipaux, en France, et qui ne saurait être niée par tout observateur impartial, n'est pas étrangère à la situation inférieure où nous nous trouvons aujourd'hui au point de vue de la santé publique.

Demander, en effet, à un maire élu sous la dépendance étroite d'un Conseil municipal et de groupements politiques qui se disputent le pouvoir et l'administration, de prendre, au nom de l'hygiène publique, des mesures contre tel ou tel citoyen, c'est rendre matériellement la loi très difficilement applicable. Comment espérer rencontrer un maire d'assez haute indépendance de caractère et de situation, capable de faire appliquer une loi qui entraîne généralement à des dépenses ceux à qui elle est opposable.

Les responsabilités, dont la loi de 1902 fait porter tout le fardeau sur le maire de la commune, sont réellement inconciliables avec la situation qui est faite aujourd'hui au chef de la Municipalité. Son mode d'élection est l'obstacle que rencontre presque partout l'exécution de cette loi.

Les exemples qui pourraient être cités à l'appui sont innombrables, et assez connus pour que nous n'ayons pas besoin d'insister sur ces constatations qui sont générales dans le pays.

***

Voyez si ce qui se passe chez nos voisins d'Outre-Rhin, par suite de la solution donnée à cette question d'ordre absolument administratif, n'est pas une des causes principales de l'amélioration de l'hygiène publique en Allemagne ?

Le maire de l'agglomération allemande de quelque importance, a été dégagé des liens qui l'enserraient et le paralysaient auparavant, en le rendant par trop esclave des partis politiques. Il est élu et à vie. Le maire allemand se considère simplement comme le premier citoyen de la ville. Il n'est pas le représentant de tel ou tel groupe politique : il est l'administrateur général de la cité. Sa fonction a été définie avec ce sens profond des réalités, qui est la caractéristique de la race germanique. Son rôle est d'administrer sagement, et sur un programme suivi avec méthode pendant de longues années, la cité dont il est le premier citoyen, et non de sacrifier à telle ou à telle conception politique, ou servir telle classe de citoyens.

Le maire est tenu de rester dans le rôle de pur administrateur des deniers publics, de la richesse communale, de ce qui peut améliorer, dans toutes les directions, la vie de la cité et le bonheur de ses habitants. Il se doit à tous les habitants de la cité sans distinction. En un mot, il n'est pas un homme de parti.

Pour réaliser ces conditions, il a semblé au pouvoir central, en Allemagne, que la meilleure solution était de donner aux maires la certitude de rester à leur poste tant que leurs qualités d'administrateurs demeureraient à la hauteur des responsabilités qu'ils assument vis-à-vis de la cité.

Cette organisation répond à notre avis, à une conception parfaitement rationnelle de la commune.

Le maire allemand, qui est un citoyen de la ville, choisi par ses concitoyens, doit pouvoir faire la preuve de ses talents d'organisateur et d'administrateur. Dans ce but, on lui confie en Allemagne, pendant une durée de trois ans, la gestion municipale. Si l'épreuve a été satisfaisante, ses pouvoirs lui sont alors confirmés à vie par le Gouvernement.

On voit avec quel tact intervient, en Allemagne, le Pouvoir central: Il ne le fait que lorsque la ville elle-même a reconnu la valeur du chef qu'elle a choisi en toute indépendance.

De plus, le maire allemand jouit d'un traitement souvent élevé, en rémunération des services importants qu'il rend à la communauté comme administrateur des affaires communales. Donnant tout son temps et tous ses soins à la cité et au bien-être de ses administrés, il est naturel, il est juste, il est indispensable qu'il reçoive en compensation une large indemnité.

Son traitement de maire sera naturellement proportionné aux responsabilités qu'il assume, au budget de la ville qu'il administre, au nombre d'habitants de la commune.

Avec une organisation de ce genre, on peut être assuré, quelles que soient les fluctuations politiques, que les affaires d'une ville seront toujours dans des mains compétentes et intègres.

Le maire, en France, au contraire, n'est pas rétribué. Il est censé agir uniquement par dévouement à ses concitoyens. Il travaille pour la gloire, sans aucun profit. Aussi que risque-t-il d'arriver ? C'est que ce fonctionnaire, non salarié, ne soit tenté, à l'occasion, poussé par son entourage politique, de se payer lui ou ses amis, en autre monnaie : faveurs, places, sinécures, décorations, trafic d'influence! Or, il faut à la cité, avant tout et par-dessus tout, des administrateurs dégagés de toute compromission, d'une indépendance absolue et n'étant guidés que par les intérêts et la grandeur de l'agglomération qui leur est confiée.

***

Dans les villes que nous avons visitées à l'étranger et auxquelles nous faisons allusion, l'administration communale qui s'est dégagée de l'influence néfaste des partis politiques, a réalisé de véritables prodiges.

On se l'expliquera sans peine si l'on réfléchit à ceci : la cité n'est que l'image agrandie de la famille. Le père de famille n'est-il pas un peu comme le maire de sa petite administration ? Si ce père de famille venait à changer souvent, que deviendrait, je vous le demande, la famille ? N'est-ce pas à l'oubli de ces principes immuables, comme le monde, que sont dûs les errements que nous constatons aujourd'hui chez nous ?

Pour tout ce qui concerne, notamment, l'administration sanitaire de l'agglomération, — à l'heure actuelle, question vitale pour notre pays, — la portée de cette transformation peut être incalculable. Au moment où la santé publique en France est l'objet de si grands soucis, il devient coupable de ne pas envisager les causes profondes du mal et de ne pas y porter remède. Or, pourquoi rencontre-t-on dans le pays une telle indifférence, à l'égard des questions d'hygiène, si ce n'est parce que les pouvoirs communaux sont laissés aux mains des partis, et considérés uniquement comme fonctions politiques ? Mais la fonction d'un maire est avant tout une fonction sociale. Chez nous elle est au service d'un clan, d'un groupe politique. On a laissé se dégrader insensiblement les pouvoirs communaux. Le chef n'est plus un chef, il est le serf des électeurs, ses maîtres.

Quant aux objections — il y en a toujours d'excellentes — nous ne les craignons pas. Celle qui les domine toutes, c'est la routine.

On nous dira : « Mais votre réforme ébranle le principe politique sur lequel est basée l'administration municipale ! » Ce principe n'en est pas un, en réalité, si l'on veut bien remonter à l'origine.

Est-il d'un ordre de choses vraiment moderne qu'une administration municipale, au nom de conceptions politiques toujours discutables, vienne troubler, par suite de sa mauvaise organisation, la vie journalière des individus qui composent la collectivité? Le pouvoir municipal n'a pas été institué pour tolérer, à sa base, dans des questions de pure administration, les luttes de parti et les intrigues stériles de la politique. L'organisation municipale est de ce fait complètement viciée, et ceux qui composent la collectivité en sont les victimes.

Or, le droit des collectivités à vivre doit passer avant tout. Les lois sont faites pour le bien du plus grand nombre. La masse des citoyens si elle veut toujours plus de justice, réclame aussi plus de bien-être.

La vie des peuples modernes vise à un très haut idéal, celui d'améliorer, avant tout, les conditions générales d'existence et en toute première ligne la santé publique.

Or, toute administration vaut surtout par son chef. Les résultats obtenus sont dus à l'impulsion de ce chef. C'est lui qui peut, avec mesure, avec cette expérience que donne le long maniement des hommes, avec ce bon sens qu'enseigne la pratique et la haute direction des affaires, apporter une solution à chaque question, et cela, au moment voulu. Jusqu'aux plus petits rouages de la machine municipale, un maire, resté à son poste de longues années, peut, par la continuité dans l'effort, imprimer la plus sage activité.

***

Les hommes manquent-ils ?

Dans notre grand pays, et c'est une des gloires de la race, les hommes capables de se dévouer à la chose publique, sont plus nombreux que partout ailleurs. L'histoire de France en fait foi et c'est ce qui lui a, de tout temps, valu, dans le monde entier, l'admiration des peuples.

Il n'y a pas de pays, en effet, où la liste des hommes ayant abandonné tout pour le bien et l'amélioration du sort de leurs semblables, se déroule aussi longue, aussi continue, et ne présente une phalange aussi compacte d'hommes du plus grand dévouement et de la plus haute intelligence, consacrés à la patrie.

Or, ces qualités, pour ainsi dire incrustées dans l'âme française, sont actuellement trop inutilisées. Il devient presque impossible, à un citoyen de valeur, de *se consacrer utilement à* l'administration de sa ville ou de sa commune. On lui en refuse l'occasion s'il entend exercer son action dans une neutralité politique complète.

Le maire français, esclave de ceux qui l'ont amené au pouvoir, ne s'y maintient, trop souvent, qu'en servant les intérêts toujours étroits de son parti. En toute justice, il nous est impossible de lui en vouloir, son mode d'élection est seul responsable de *la décadence où est tombée la fonction.*

Munir le maire de pouvoirs de longue durée ne constitue nullement une transformation con-

sidérable. Croit-on qu'en rendant au chef de la Municipalité sa fonction rationnelle d'administrateur non politique, on bouleversera un pays comme le bouleversent aujourd'hui ces lois hâtives, insuffisamment étudiées, mal bâties, que nous infligent nos Parlements ? *Aurez-vous, en donnant aux maires la sécurité du lendemain qui décuplera leurs forces et portera au plus haut degré leur responsabilité vis-à-vis de la communauté, bouleversé la nation comme sont destinées à la bouleverser, les retraites ouvrières, la nationalisation des chemins de fer, ou telle loi qu'on nous bâclera prochainement ?*

Mais la loi du repos hebdomadaire, pour ne parler que de celle-là, a apporté du jour au lendemain, sans transition et sans que le pays fut nullement consulté, des changements autrement profonds dans la manière de vivre, que ne le fera la transformation que nous préconisons.

Il n'est pas sérieux de dire que la réforme est trop fondamentale et qu'il n'y a rien à faire, et de longtemps, dans ce domaine.

Au fond, lorsqu'on prend la peine d'examiner avec méthode les objections touchant cette modification de l'administration des communes, il faut reconnaître que la principale est d'être une nouveauté.

A cela, nous répondrons qu'il faut y habituer peu à peu les esprits, et la partie sera gagnée, comme elle semble l'être prochainement pour la représentation rationnelle des minorités dans les grandes votations du pays.

∴

La loi sur la santé publique, qui a très justement, selon nous, remis expressément tous les pouvoirs d'exécution aux maires, ne rendra aucun service sérieux tant que la situation faite à ceux-ci ne sera pas modifiée.

Pour être en état de faire face aux responsabilités que cette loi comporte, il faut, de toute nécessité, un administrateur indépendant des fluctuations politiques, des misères de clochers, des coteries.

Nous ne voulons pas être pessimistes sur l'avenir sanitaire de notre pays. Nous estimons que si de sages modifications dans son organisation municipale intérieure sont réalisées, elles pourront amener soudain une véritable renaissance de la race française.

C'est ce que l'Allemagne moderne a si bien compris. C'est surtout aux transformations administratives, croyons-nous, qu'est due en grande partie l'amélioration constante de son taux de mortalité, de sa morbidité. Elle est devenue, sans contestation possible, un pays beaucoup plus salubre, depuis que son administration municipale a subi cette réforme.

Faisons-nous ombrage à tel ou tel parti politique en demandant la transformation du mode d'élection du maire ? Nullement, car en toute bonne foi, les citoyens, dans leur lutte sur le terrain des idées, ont besoin nécessairement de la meilleure santé possible. Ne serait-il pas inhumain de chercher à combattre un adversaire en essayant tout d'abord de ruiner sa santé ?

Sur ce terrain, on peut dire que tous les partis, tous les groupements sans exception, sont amenés à améliorer sans cesse l'hygiène publique.

De cette petite famille qu'est le village, jusqu'à cette famille colossale qu'est la grande ville, toutes les communautés ont un intérêt supérieur à mettre à leur tête, pour les administrer, des hommes indépendants de la politique et acquérant, par le maniement intense des affaires, les qualités de véritables chefs.

***

Dans les villes où des progrès récents ont été faits, on retrouve presque toujours la main d'un chef.

La transformation de Paris sous Napoléon III, œuvre du baron Haussmann, est constamment prise comme exemple à l'étranger. Il y a quelques jours à peine, dans la Conférence Internationale réunie à Londres, sur la question de la construction des villes, plusieurs rapports étrangers ont cité comme admirables les travaux entrepris, il y a cinquante ans, à Paris.

De nos jours, à l'étranger, on personnifie, non sans raison, la vie d'une cité dans son maire responsable. Les résultats qu'un homme de haute intelligence peut obtenir, lorsqu'à la tête de l'administration d'une ville, il est assuré d'une longue période d'efforts, sont incalculables, comme on a pu le constater maintes fois à l'étranger. Les plus grands travaux, qui attendent partout en France le bon vouloir des administrations communales incohérentes que nous avons, pourront être entrepris avec suite après cette réforme. Surtout en matière d'assainissement et d'hygiène publique, il faut savoir imposer des programmes de longue haleine. Les quatre ans qui constituent la vie éphémère de nos municipalités, ne permettent pas à la politique sanitaire de se développer dans son ampleur.

Pour mener à bien la réorganisation que réclament la plupart de nos agglomérations françaises, il est plus que jamais nécessaire de placer à leur tête des chefs de valeur éprouvée, de capacités administratives et techniques indiscutables.

A notre avis, rien ne pourra être rapidement entrepris pour refondre, sur des bases rationnelles, le vieux squelette de nos villes d'aujourd'hui, sans cette modification dans l'organisation municipale.

Il n'y a, selon nous, aucun doute que c'est vers ce résultat que doivent tôt ou tard se concentrer tous les efforts.

Partout, à l'étranger, nous voyons s'organiser les agglomérations sur des principes modernes. Les préjugés et les routines tombent peu à peu pour faire place à une conception raisonnée des conditions d'existence des peuples. Un vent de réformes sanitaires s'élève en tempête bienfaisante sur toutes les nations civilisées. La France ne peut rester en arrière.

***

La loi du 15 février 1902 est, dans son ensemble, bonne telle qu'elle est.

Elle ne doit pas être attaquée, elle doit être appliquée. Pour cela, celui auquel la loi a remis les pouvoirs les plus étendus, le Maire doit sortir de l'arène politique et redevenir *un administrateur éprouvé, indépendant et dévoué à ses concitoyens.*

Ces hommes, nous les avons partout, en France. Il n'y a pas de village, si petit soit-il, où ils n'existent.

L'amour de la patrie, et surtout, il faut bien le dire et le redire, l'amour de cette petite patrie qu'est le coin de terre qui nous a vu naître, est ancré dans le cœur de tout Français. Jamais personne, dans ces conditions, ne nous fera admettre la décadence de la France.

Il nous suffit de mieux organiser pour être mieux administrés.

REVUE CLINIQUE

Les nouveaux procédés de diagnostic du cancer de l'estomac, par M. Maurice Lœper, professeur agrégé, médecin des hôpitaux. (*Hôp. Boucicaut.*)

Les formes cliniques du cancer de l'estomac sont extrêmement variées et dépendent à la fois de sa localisation, de son étendue, de sa nature : aussi le diagnostic en est-il souvent fort délicat et nombreuses sont les maladies avec lesquelles on peut les confondre. Je voudrais dans cette leçon vous indiquer les principaux symptômes auxquels vous pourrez les reconnaître et surtout vous décrire les procédés nouveaux que vous devez utiliser dans les cas difficiles.

Le cancer de l'estomac se traduit tantôt par des phénomènes véritablement gastriques, tantôt au contraire, par des phénomènes abdominaux ou des troubles marqués de l'état général qui en masquent pendant un temps l'évolution.

Au premier plan des formes vraiment gastriques, le cancer de la face antérieure réalise sans contredit la *forme* la plus *habituelle* et, pourrait-on dire, la plus classique du néoplasme gastrique. Vous le reconnaîtrez bien difficilement au début, lorsque sa symptomatologie se réduit à quelques troubles dyspeptiques sans caractère précis, et c'est seulement par l'apparition souvent tardive des vomissements répétés, des hématémèses, de la cachexie, que vous en ferez le diagnostic. Rien n'est plus facile que de prendre pour une dyspepsie atonique, pour une gastrite chronique, voire pour une névrose gastrique, un néoplasme au début.

Il est une *forme douloureuse* sur laquelle M. Mathieu a récemment encore attiré l'attention et une forme *émétisante* du cancer de l'estomac. Qu'elles traduisent ou non l'existence d'une tumeur de la petite courbure ou de la face postérieure, ces deux formes pourront simuler les vomissements périodiques et les crises tabétiques. L'atteinte plus ou moins profonde du plexus solaire explique la production de ces crises névralgiques qui ressemblent beaucoup à celles que M. Chauffard et moi-même avons signalées dans les pancréatites et le cancer du corps du pancréas (1). Il est vrai que dans le cancer de l'estomac vous ne trouverez jamais la glycosurie, qui est au contraire fréquente dans les pancréatites et possible dans le néoplasme du pancréas.

Certains cancers en général très douloureux saignent abondamment et prennent pendant un temps plus ou moins long le masque d'un ulcère de l'estomac.

Vous connaissez, certes, cet ulcéro-cancer, auquel M. Zenker et Hauser (2) en Allemagne, M. Dieulafoy, Œttinger, Audistère (3) à Paris, M. Tripier et Duplant à Lyon, ont consacré de si intéressants travaux. Quelle que soit sa nature, que je ne puis discuter ici, il est bien certain qu'il éveille tout d'abord l'idée d'ulcus bien plutôt que celle de néoplasme. Vous prendrez souvent pour ulcère la *forme hémorragique* du cancer gastrique.

Quand le *cancer* est *orificiel*, c'est-à-dire quand il prend le cardia ou le pylore, il détermine des signes de sténose œsophagienne ou pylorique. Comment ne confondriez-vous pas avec le cancer de l'œsophage ces cancers péricardiaques (4) qui s'accompagnent de douleurs à la déglutition, de salivation abondante, de régurgitations et de pituites œsophagiennes.

Comment ne vous apparaîtrait-il pas comme une lésion œsophagienne, ce cancer diffus de nature spéciale, auquel on donne le nom de linite plastique et qui provoque, lui aussi, parfois, des douleurs rétro-sternales, des vomissements répétés et même de la salivation (5).

Ce sont là des types de cancers gastriques *pseudo-œsophagiens.*

(1) Chauffard. — *Bulletin de l'Académie de médecine*, 20 octobre 1908. — M. Lœper : Pancréatite diabétique douloureuse. *Bulletin médical*, 1908 et *Leçons de Path. digestive*, Masson, éditeur, 1910.

(2) Hauser. — *Thèse de Leipzig*, 1883.

(3) Voir les thèses de Duplant, Lyon 1898, d'Audistère, Paris, 1903, et la *Clinique* de Dieulafoy, 1896-1897, 13e leçon.

(4) Voir la thèse de Lamy, Paris 1910, n° 234.

(5) Voir la thèse de Tourlet, Paris 1902, celle de Vouzelle, Paris 1909, n° 97, et le travail de Halipré et Beaurain, *Normandie médicale*, 1906.

Le cancer du pylore apparait tout d'abord comme une *sténose* pylorique bien avant de s'affirmer comme un cancer.

Le diagnostic de localisation précède de beaucoup le diagnostic de nature, sauf le cas assez rare où la propagation au pylore d'un néoplasme depuis longtemps existant ou l'oblitération du pylore par une sorte de polype cancéreux vient greffer le syndrome pylorique sur le syndrome néoplastique déjà reconnu.

A l'époque du péristaltisme, des contractions intermittentes de l'épigastre, aussi bien qu'à celle de dilatation d'estomac, vous direz sténose, mais vous en ignorez la nature, qui pourrait être ulcéreuse, spasmodique, voire péritonéale ou biliaire, vous direz même parfois : dilatation simple, ptose, dislocation gastrique, etc., s'il existe peu de rétention, pas ou peu de vomissements résiduels.

En regard de ces formes gastriques, il est des *formes abdominales* dont l'allure est bien plus celle d'une cirrhose, d'une entérite, que d'un cancer gastrique. Mon interne, M. Paillard, m'a communiqué l'observation d'un homme qui se présenta à plusieurs reprises à Lariboisière avec une ascite abondante, un peu d'ulcère, du dégoût des matières grasses et tous les attributs de la cirrhose à laquelle son éthylisme lui donnait tous les droits.

On vit à l'autopsie qu'il s'agissait d'un cancer de la face postérieure de l'estomac, entouré de gros ganglions comprimant la veine cave. Le même syndrome ascitique serait réalisé par une péritonite cancéreuse secondaire, précoce, une généralisation hépatique même discrète, une pyléphlébite, etc.

Voilà la *forme ascitique*, qui est d'ailleurs connue. Voici maintenant la forme *entéritique* ou *diarrhéique*. Je me souviens d'avoir vu avec M. Achard (1), à Tenon, un malade de 60 ans, tourmenté par une diarrhée peu douloureuse, mais très rebelle, apparaissant plus particulièrement aussitôt après le repas. Nous avons admis successivement la dyspepsie urémique, la colite chronique, et l'autopsie nous a montré un beau cancer du pylore avec ulcération et incontinence de l'orifice. De semblables observations ont été publiées par Elstein, par Tripier. Vous conviendrez que l'erreur de diagnostic soit facile et qu'on ne songe guère dès l'abord à l'insuffisance néoplasique du pylore en présence d'une diarrhée rebelle chez un vieillard.

Je vous ai dit qu'il y avait un troisième groupe de cancers de l'estomac, les cancers à *formes générales*. Les plus fréquemment observés sont le cancer *fébrile*, le cancer à forme *œdémateuse*, le cancer à forme *anémique*.

Le premier a été surtout bien mis en lumière par les travaux de M. Achard. La fièvre assez irrégulière, l'amaigrissement, les sueurs, pour peu que vous trouviez un peu de rudesse au sommet, vous feront souvent dire tuberculose.

Dans le second, c'est l'anasarque qui attirera votre attention. Vous penserez au brightisme, à une cardiopathie. Il est rare qu'il n'y ait pas un peu d'albumine dans l'urine, un peu d'irrégularité cardiaque. Sclérose rénale, myocardite, direz-vous, et l'autopsie vous fera voir un cancer ou des ganglions comprimant la veine-cave.

On doit à M. Hayem d'avoir insisué sur l'anémie très spéciale de certaius cancers gastriques.

Je ne puis mieux faire que de vous renvoyer pour l'étude de cette question, aux travaux de MM. Menétrier et Aubertin, Clerc et Gy, et à la thèse très documentée de mon ancien élève Marcorelles (2). Le cancer de l'estomac est une des causes de l'anémie pernicieuse, ou tout au moins il réalise un type clinique et hématologique analogue à celui de l'anémie pernicieuse. Il en a l'hypoglobulie marquée (moins d'un million) la leucocytose faible, voire la leucopénie, la mononucléose et la myélocytose, l'augmentation de la valeur globulaire, la macro et la microglobulie. On ne sait exactement encore à quoi attribuer cette anémie si forte de certains cancers, mais je dois vous dire que les recherches de Crile, de Tallqvist, de Serafini, de Krokievicz, mettent en cause, avec beaucoup de vraisemblance, les substances toxiques, les *lipoïdes hémolytiques* du néoplasme.

Vous comprendrez combien doivent être grandes, devant ce polymorphisme du cancer gastrique, les hésitations du clinicien, jusqu'au jour où la tumeur vient préciser, par malheur bien tardivement, le diagnostic.

Mais cette tumeur elle-même est-elle suffisante à entraîner la certitude? Ne peut-elle, quelque facile à palper et à limiter qu'elle soit, quelque mobile qu'elle soit avec la respiration, être confondue avec les ulcères calleux, les lobes aberrants du foie, voire même avec la saillie d'un pancréas normal ou encore la simple contracture des grands droits.

Quand elle est adhérente, et par conséquent douloureuse, n'impose-t-elle pas plutôt l'idée de périgastrite ulcéreuse ? J'ajoute qu'il est des tumeurs qui se dissimulent très haut, sous le sternum, sous les côtes et qu'on ne perçoit jamais. Enfin, et c'est là le point capital, quand on constate une tumeur, il est déjà bien tard, et une intervention est moins facile, moins complète et, partant, moins efficace.

Pour mettre en évidence une tumeur qui se dissimule, ou pour la localiser et la limiter exactement quand elle est perceptible, vous pourrez utiliser la *distension artificielle* de l'estomac, par le procédé des insufflations successives de Jaworski ou même par l'absorption simple de la potion de Rivière.

Un néoplasme de la face antérieure se dessinera plus nettement sous la paroi, tandis qu'un cancer du pancréas ou de la face postérieure s'effacera complètement. Cette méthode est encore utile quand, en présence d'un cancer à forme pseudo-œsophagienne, vous hésitez entre une lésion du cardia ou une limite plastique diffuse. La distension, possible dans le premier cas, est à peu près impossible dans le second et occasionne des douleurs violentes.

Dans un ordre d'idées assez voisin, le *cathétérisme* simple, avec la sonde à bout olivaire, s'il est pratiqué avec prudence, vous permettra souvent de faire le diagnostic de néoplasme ou de sténose du cardia — ou de la partie inférieure de l'œsophage.

L'épreuve *radioscopique ou radiographique* est indispensable en clinique dans tous ces cas suspects. Vous savez quels progrès a fait dans ces deux années dernières la technique de l'exploration gastrique au moyen des rayons X. MM. Leven et Barret l'ont précisée avec grand soin dans un petit livre dont la lecture est fort instructive (1).

Après absorption de bismuth, l'estomac apparaît distendu ou normal, ses parois se contractent plus ou moins énergiquement sur l'obstacle néoplasique, dont le siège est au pylore ou tout près de lui. Il semble que les contractions soient moins fortes dans le cancer que dans la sténose simple.

Vous distinguerez aussi très bien l'immobilité absolue et la rétraction des parois dans les cancers diffus ou adhérents; vous verrez enfin quelquefois la tache noire de l'estomac échancrée en un point quelconque de la grande courbure ou même interrompue par une tache claire plus ou moins étendue.

Voilà de quoi faire un diagnostic de localisation, de quoi préciser le siège d'un obstacle, malheureusement plus rarement de quoi affirmer sa nature. Il faudrait « voir » la lésion. L'*œsophagoscope*, dont M. Guisez a montré l'utilité, ne dépasse guère le cardia et ne pourra vous rendre service que dans les tumeurs voisines de cet orifice et, à l'heure actuelle, malgré les recherches si intéressantes de Soutar et Thomson et de M. Elsner, la gastroscopie est encore bien difficile à pratiquer (1).

Quel que soit l'intérêt des procédés modernes, le *tubage* simple reste un des meilleurs moyens utilisables dans le diagnostic du cancer de l'estomac. Il vous indique, le matin à jeun, s'il y a de la stase et des liquides résiduels, et par conséquent une sténose. Il vous permet surtout de faire une *étude chimique* du suc gastrique.

Dans les sténoses ulcéreuses ,les ulcus, il est rare que le suc gastrique ne soit pas très acide et ne contienne pas d'HCl libre. Dans le cancer, l'HCl fait défaut. Exception doit être faite pour l'ulcéro-cancer qui peut s'accompagner d'un chimisme normal ou exagéré.

Pourtant vous n'attacherez pas à ce chimisme une importance excessive. Les atrophies gastriques, les achylies pour employer le mot de Einhorn, sont caractérisées par l'absence également d'acide chlorhydrique combiné et de l'HCl libre, mais il y a pourtant un signe différentiel : la pepsine manque dans l'achylie, tandis qu'elle existe encore dans la plupart des cancers, ainsi que vous pourrez vous en rendre compte en acidifiant un peu le suc gastrique et en le laissant à l'étuve au contact des tubes de Mette ou d'une solution d'albumine.

Dans ce suc gastrique extrait par la sonde, vous pouvez trouver le bacille long de Boas, qui n'a guère de valeur, mais vous pouvez surtout trouver des *cellules cancéreuses*. Certes, il est bien difficile de distinguer les cellules du cancer des cellules détachées d'une muqueuse enflammée; la réaction glycogénique, que j'ai cherchée bien souvent, est habituellement absente; vous tiendrez compte de l'abondance des éléments épithéliaux, de leur groupement, de leur volume: vous chercherez avec soin les noyaux multiples, les caryokinèses. Peut-être lorsqu'ils seront bien conservés et facilement colorables, la nature colloïde ou cylindrique de ces éléments pourra-t-elle être reconnue.

Lorsque vous verrez des globules rouges et je ne parle pas des hématémèses vraies, mais des hémorragies microscopiques, ou même lorsque, dans le suc gastrique, la réaction de Meyer ou d'Adler sera positive, vous ne devrez pas vous hâter de conclure au cancer, car il est des ulcères à marche lente qui provoquent de très petites et fréquentes hémorragies.

Si vous constatez du sang dans les selles par l'examen chimique, vous vous méfierez également de ne pas localiser à l'estomac une tumeur qui se trouve en réalité dans une autre partie du tube digestif.

En l'absence de cellules et d'hématies, le suc gastrique des cancéreux peut contenir de l'albumine malgré la vacuité complète de l'estomac. L'*albuminoréaction*, bien étudiée par Salomon, présente un certain intérêt.

D'après les recherches de Neuberg et Richter, d'après surtout celles plus récentes encore de Graefe et Röhmer (2), le suc gastrique des cancéreux serait *hémolytique* dans la plupart des cas. La statistique donnée par ces auteurs est suggestive puisque l'hémolyse s'est prodnite chez 15 sujets non cancéreux seulement sur 50 et toujours chez les cancéreux. Malheureusement, dans cette recherche du pouvoir hémolytique vous serez gênés par la bile, par le ferment pancréatique et j'ajouterai, d'après les

(1) ACHARD. — Les infections dans le cancer de l'estomac. *Soc. des Hôpitaux*, 1895.
(2) MENÉTRIER et AUBERTIN. — *Arch. gén. de medecine*, juin 1902. — CLERC et GY : *Soc. méd. des Hôpitaux* et *Archives des mal. du cœur*, 1909, mars et avril. — MARCORELLES : *Thèse de Pari,s* 1910, n° 314.

(1) LEVEN et BARRET. — *Radioscopie clinique*. Doin, éditeur, Paris, 1909.

(1) ELSNER. — Un nouveau gastroscope. *Berl. klin. Wochenschrift*, n° 48, 1909.
(2) GRAEFE et ROHMER. — *Deutsche Archiv f. klin. Medizin*. Band XCII et XCIV.

études que je viens de faire, par la pepsine ellemême, quand elle existe, car elle jouit, elle aussi, d'un pouvoir hémolytique assez marqué.

L'action hémolytique serait attribuable aux sécrétions de la tumeur et, en effet, Bard, Kullmann, Weil, Crile, ont montré l'action hémolysante des extraits de néoplasme; mais il y a loin de ces recherches théoriques aux déductions pratiques qui sont encore assez vagues.

Y a-t-il dans le sang des cancéreux de l'estomac un ou plusieurs signes qui permettent de poser un diagnostic avec certitude.

La *réaction cellulaire* du sang est peu intéressante et banale. C'est du moins ce qui ressort des travaux de Hayem. de son élève Alexandre et de ceux que j'ai faits avec M. Achard (1). Elle dépend plus de l'altération de la tumeur, de son ulcération, de son infection, que de son volume ou de sa nature. Quand la leucocytose fait défaut et que l'anémie est très prononcée, les myélocytes, les mononucléaires augmentent, mais c'est là le syndrome hématologique de toute anémie de type pernicieux. voire de l'anémie bothriocéphalique ou gravidique.

La *leucocytose digestive* fournit peut-être des renseignements plus sûrs. Vous savez que dans la digestion normale, des la première heure et jusqu'à la troisième, le nombre des leucocytes et des polynucléaires s'élève. Ce fait, connu de longue date par le travail de von Jacksch, a été encore étudié par M. Leredde et par moi (2). Vous trouverez presque toujours cette leucocytose dans les gastrites, dans les dyspepsies, dans l'ulcère, mais rarement dans le cancer. Muller, en 1890, et Schneyer ne l'ont trouvée qu'une fois sur 18 cas, Caps (3) que 15 fois sur 17 et 34 sur 37, Donati dans 18 cas sur 100. Ce renseignement n'est pas absolu, car les atrophies gastriques et même certaines dyspepsies nerveuses avec achylie donnent une leucocytose presque nulle.

On a étudié la *résistance globulaire* dans le cancer de l'estomac. Vaquez et Laubry, Crile, Parmentier, l'ont trouvée augmentée alors qu'elle est diminuée dans la tuberculose: par contre, le sérum *agglutinerait* souvent les hématies (Kelling) et son *pouvoir hémolytique* serait, dans le cancer. plus élevé que normalement. C'est là un point capital que Tallqvist et Faust, et surtout Crile et Weil, ont bien mis en lumière. Dans 85 0/0 des cas de cancer, suivant Crile, dans 78 0/0 suivant Blumgarten (4), le sérum des cancéreux jouit de propriétés hémolytiques manifestes. Ces propriétés, il les doit sans doute aux sécrétions lipoïdiques et toxiques de la tumeur, elles expliquent l'anémie si marquée, les lésions de la moelle des os, l'encombrement ferrugineux des macrophages du tissu hématopoïétique.

Il me reste à vous parler de trois procédés cliniques auxquels on a attaché récemment une grande importance : le précipito-diagnostic, la réaction de fixation, la recherche du pouvoir antitryptique du sérum, procédés plus pratiques que les précédents et qui vous rappellent ceux employés dans le diagnostic des maladies infectieuses.

La *réaction précipitante* ne peut être obtenue qu'indirectement. Ni le sérum, ni les urines ne la présentent directement.

Aussi Maragliano injecte-t-il du suc gastrique de cancéreux au lapin pour faire apparaître la réaction précipitante dans le sérum de cet animal.

Par cette méthode, le sérum de lapin précipiterait souvent le sérum des cancéreux. Serafini et Dietz n'ont pas confirmé les résultats de Maragliano. Weinberg et Mello (1) ont recherché la réaction précipitante en mettant en contact le sérum des cancéreux et un extrait filtré de tumeur, ils n'ont obtenu que des résultats négatifs. Weil et Braun se sont alors adressés à la lécithine, substance qui précipiterait fréquemment par le sérum cancéreux.

J'ai moi-même étudié, avec mon interne, M. Ferrand, la *précipito-réaction lécithique* et même l'intradermoréaction à la lécithine chez les cancéreux. L'une et l'autre sont souvent positives, mais elles existent dans beaucoup d'affections et n'ont, à mon avis, rien de spécifique.

Vous n'ignorez pas ce qu'est la *réaction de fixation* découverte par M. Bordet et qui est la base de la très intéressante réaction de Wassermann.

Des globules rouges lavés sont normalement dissous par un sérum hémolytique. Si on les met en présence d'un antigène spécifique (en l'espèce, suc de tumeurs) l'antigène fixe la lysine et les globules restent intacts. Livierato (1) a constaté l'existence de cette réaction chez les cancéreux dans 7 cas sur 8, Simon et Thomas dans 24 sur 37, Weinberg et Mello dans 20 0/0 des cas seulement.

Pour intéressantes que soient ces recherches, elles ne donnent donc que bien peu de résultats concluants.

Plus constante est la réaction dite de l'*index antitryptique*. Le sérum des cancéreux s'opposerait à l'action digestive de la trypsine avec une activité bien plus grande que celui des sujets normaux.

Cette réaction appartient à Brieger et Trebing (2), qui l'ont constatée dans 39 cas. M. Poggenpohl (3). dans le laboratoire du Pr Widal, l'a trouvée positive dans 161 cas sur 176. La proportion serait donc en moyenne de 82 à 92 0/0 des cas. Je dois dire que cette augmentation de l'index antitryptique paraît plus en rapport avec les produits de destruction leucocytaire qu'avec les produits protéolytiques de la tumeur et qu'on la rencontre dans les infections et dans la tuberculose, mais, il est vrai, avec une fréquence moindre.

(1) Achard et Lœper. — *Les Procédés d'exploration. Hématologie*, 1904, Masson, 2e édition.
(2) Leredde et Lœper. — L'equilibre leucocytaire, *Presse médicale*, mars 1899.
(3) Caps. — *Boston med. Journal*, 4 nov. 1902.
(4) Blumgarten. — *Med. Record*, 1909, p. 61.

(1) Weinberg et Mello. — *Société de Biologie*, 29 oct. 1909.
(2) *Courrier Médical*, 1910, p. 429, 475, 487.

REVUE DE SYPHILIGRAPHIE

Contribution à l'étude du traitement de la syphilis par l'Hectine et l'Hectargyre, par le Dr Félix Dive (*Thèse*, Faculté de Paris, 1910).

Ecrite sous l'inspiration de M. Balzer, la thèse du Dr Dive est une excellente mise au point de la question, toute d'actualité, du traitement arsenical de la syphilis. Elle met parfaitement en lumière la très haute valeur curative de l'Hectine (benzo-sulfone-para-aminophénylarsinate de soude), dont la nature chimique et l'action physiologique avaient été bien définies dès 1908 par M. le Professeur agrégé Mouneyrat.

Après un court aperçu historique de la médication arsenicale antisyphilitique, le Dr Dive étudie l'hectine au point de vue successivement de sa constitution chimique, de sa toxicité, de ses effets physiologiques et de sa posologie. Puis il trace semblable étude de l'hectargyre, qui est la combinaison de l'hectine et de l'oxycyanure de mercure. Le Courrier Médical ayant précédemment publié sur ces deux substances un important travail de M. Mouneyrat (2), nous n'avons pas à insister à ce propos.

Par contre, la deuxième partie de cette thèse consacrée à l'étude clinique, précise certains faits importants qu'il convient de souligner. Notre confrère signale tout d'abord les résultats obtenus dans la syphilis primaire, lesquels confirment pleinement ceux énoncés par M. Hallopeau (1): l'action curative de l'hectine est remarquablement rapide sur le chancre induré, quels que soient son type et son siège.

A la période secondaire, les résultats, toujours positifs, varient suivant la nature des manifestations traitées. La roséole, la céphalée, les plaques muqueuses, les syphilis ulcéreuses, disparaissent rapidement sous l'action de l'hectine administrée en injection dans les muscles fessiers. La guerison de la céphalée, obtenue après cinq ou six injections de 0 gr. 20 d'hectine pure, est un fait particulièrement remarquable : rarement, cette manifestation a persisté jusqu'à la fin de la cure.

En ce qui concerne les syphilides cutanées, l'action curative de l'hectine varie suivant le type qu'elles présentent. Les syphilides bien circonscrites rétrocèdent rapidement en général, qu'elles soient ulcéreuses ou non. Dans ces cas, on peut, avec succès, employer la méthode des injections locales ; mais, en général, les injections intra-musculaires doivent être préférées.

Il est un autre accident de la syphilis secondaire, sur lequel l'action curative de l'hectine s'est particulièrement bien manifestée, c'est l'iritis. Dans les quelques cas fort graves qu'a observés le Dr Dive, la guérison complete a été obtenue rapidement avec une dose inférieure à 2 grammes.

Enfin, dans la syphilis tertiaire, l'hectine et l'hectargyre ont toujours donné d'excellents résultats dans le traitement des lésions gommeuses et scléro-gommeuses.

Au reste, voici in extenso les conclusions de la thèse du Dr Dive :

I. Hectine. — 1° L'expérience et la clinique ont démontré que l'hectine est le moins toxique de tous les dérivés arsenicaux antisyphilitiques actuellement connus.

2° Elle se localise de préférence dans les muscles et la peau. Cette prédilection pour certains tissus rend compte de la rapidité avec laquelle les lésions cutanées s'arrêtent dans leur évolution, s'affaissent, se résorbent et s'épidermisent.

3° Appliquée en solution, en poudre, en pommade sur les lésions cutanées ou muqueuses, elle est douée d'un pouvoir kératoplastique puissant.

4° Ingérée sous forme de gouttes ou de pilules, elle est parfaitement tolérée par le tube digestif et agit bien, sous cette forme, grâce à sa stabilité.

5° Injectée dans le tissu cellulaire sous-cutané, elle provoque une douleur et un œdème fugaces, mais jamais de nodosités avec réaction inflammatoire vive.

6° Cette propriété la rend commode pour faire des injections au voisinage des lésions circonscrites, et permet, notamment, de tenter avec facilité le traitement abortif local de la syphilis, tel que le préconise Hallopeau.

7° Injectée en pleins muscles fessiers, elle est généralement indolore ou ne provoque que des douleurs fugaces très supportables.

8° Pendant le traitement, le nombre des globules rouges et blancs du sang augmente, ainsi que sa teneur en hémoglobine. De plus, l'état général s'améliore visiblement et les forces se rétablissent.

9° L'action curative est remarquablement rapide :

A la période primaire : sur le chancre induré, quels que soient son type et son siège;

A la période secondaire : sur les éruptions cutanées ou muqueuses, sur les symptômes généraux et la céphalée en particulier;

A la période tertiaire : sur les lésions superficielles ou profondes des différents organes ou tissus. qu'elles présentent le type gommeux,

(1) *Courrier Médical*, 1911, p. 41.

ulcéreux ou scléreux, et sur les accidents nerveux.

10° L'action est plus lente à se manifester dans les cas de syphilides papuleuses lenticulaires, miliaires et psoriasiformes, qui nécessitent une cure plus intense.

11° Elle peut donner des résultats dans certains cas de tabes incipiens, mais son action est douteuse dans la paralysie générale confirmée.

12° Comme elle est soluble et, par suite, rapidement absorbée et éliminée, les doses massives sont inutiles et pourraient être mal tolérées. Pourtant, grâce à la faible toxicité de l'hectine, des doses très fortes (0 gr. 50 à 0 gr. 70) ont pu être injectées sans inconvénient.

13° En ingestion comme en injection, il convient chez l'adulte, d'administrer 0 gr. 10 d'hectine tous les jours, ou mieux, 0 gr. 20 tous les deux jours comme doses moyennes.

Comme doses fortes, on peut injecter 0 gr. 20 tous les jours ou 0 gr. 40 trois fois par semaine.

Chez l'enfant, on peut employer des doses de 0 gr. 03, 0 gr. 05 et même 0 gr. 10 selon l'âge, en ingestion et en injection.

Chez le nourrisson, les doses de 0 gr. 01 à 0 gr. 03 par jour semblent suffire.

14° Quel que soit le mode d'administration employé, on fera une cure de deux grammes en moyenne. Elle pourra être portée à trois grammes dans les cas de syphilis maligne.

15° La seule contre-indication est une lésion ancienne ou non-syphilitique du fond de l'œil, avec altération spéciale du nerf optique. La perception, par un malade en traitement, de brouillards devant les yeux avec diminution nette de l'acuité visuelle, commande la suspension du médicament. On agira avec prudence chez les vieux artério-scléreux.

16° Si l'on veut recourir pour diverses raisons, par exemple, en cas d'échec ou de récidive après traitement par l'hectine pure, au traitement mixte, on peut instituer la méthode arsenico-mercurielle :

Soit en faisant alterner, tous les deux jours, les injections d'hectine avec les injections d'un sel mercuriel soluble ;

Soit en injectant l'hectine tous les deux jours et en faisant une injection de 0 gr. 05 d'huile grise par semaine ;

Soit en employant l'hectargyre.

II. Hectargyre. — 1° L'hectine a la propriété de se combiner avec différents sels mercuriels. L'hectargyre est la combinaison que forme l'hectine avec l'oxycyanure.

2° L'association de ces deux spécifiques ainsi combinés permet de faire un traitement intensif de la syphilis. L'hectargyre, en effet, trouve sa principale indication dans certains cas de syphilis malignes précoces ou présentant des éruptions cutanées rebelles, et dans la syphilis tertiaire.

3° Il est bien toléré par le tube digestif et, en injections, il ne provoque ni induration ni inflammation. La douleur consécutive est en général minime.

4° Les injections doivent être pratiquées dans les muscles fessiers.

5° L'hectargyre comporte les mêmes modes d'administration et la même direction de traitement que l'hectine pure.

6° Les contre-indications sont les mêmes que pour l'hectine.

7° L'hectine pure ou combinée avec le mercure, peut donc remplacer avantageusement le mercure chez beaucoup de syphilitiques réfractaires ou intolérants, et chez les syphilitiques anémiés ou cachectisés.

Nos Articles.

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

Ce qu'il est advenu d'une sonde introduite dans la matrice avec intention criminelle, par le Dr J. Bastian (*Revue médicale de la Suisse romande*).

On me fera sans doute grâce des nombreux détails dont s'orne d'ordinaire toute observation médicale dite « bien prise », pour me permettre de m'attacher au seul fait qui importe ici. Je commence en suivant l'ordre chronologique, quoique la malade ait méconnu des renseignements qui ne me furent livrés plus tard. Quoi qu'il en soit, il s'agit d'une femme de 32 ans, Mme X, dont le dernier accouchement remonte à septembre 1907. Elle nourrit, cela a son importance. Quelques mois plus tard, c'est je crois à la fin de novembre, se sentant mal en point, douleurs vagues dans le ventre, pesanteur, aménorrhée, elle consulte une de ses amies qui, d'un air entendu et malin, lui fait comprendre qu'à tout cela remède est facile et qu'il y a telle sage-femme experte en la matière.

Notre malade, sans penser à mal, nous a-t-elle dit, se rendit chez la sage-femme en question, qui l'examina au spéculum et « avec de certains instruments dont l'un entre autres lui fit grand mal ». C'est tout ce que nous avoua l'ingénue : de la sonde il n'est fait aucune mention. J'allais oublier cependant un détail : la sage-femme lui recommanda de revenir chez elle quelques jours plus tard ; la malade n'en fit rien. Comme conséquences de l'introduction de l'instrument, il y eut quelques gouttes de sang, et ce fut tout.

Les événements se succédèrent tant et si bien que je fus appelé en consultation par le médecin traitant de Mme X... en janvier 1908. C'était à la campagne et fort loin de chez moi.

Je me trouvai en présence d'une femme qu'on me dit être alitée depuis quinze jours au moins ; elle était amaigrie, fébrile (38°8), souffrant de violentes douleurs dans la fosse iliaque gauche et ayant eu les jours qui précédaient quelques vomissements. Le ventre est légèrement ballonné ; à région iliaque gauche résistante et douloureuse ; le cul de sac antérieur et latéral gauche présente une sensibilité exquise. Nulle part trace de fluctuation. On a donc affaire à une pelvipéritonite à départ annexiel gauche. J'ordonnai des applications de glace sur le ventre, tout en me réservant d'intervenir au cas où le pus viendrait se collecter quelque part.

A quinze jours de là, on me fait savoir que, après une débâcle de pus jaune verdâtre par l'anus, la fièvre est tombée comme par enchantement et que la guérison va grand train.

Le silence se fait autour de cette malade que je croyais guérie comme tant d'autres après une évacuation semblable, lorsque, en février 1910, j'apprends que les douleurs ont reparu avec parfois des nausées et des vomissements.

Je revois Mme X... le 20 février 1910. Son état général s'est beaucoup amélioré, mais elle souffre toujours de son côté gauche et même, avec moins d'intensité il est vrai, du côté droit. Le ventre est souple dans toute son étendue. Par le palper et le toucher combinés, on sent que l'utérus est en position normale, les annexes droites saines apparemment. A gauche, près du canal inguinal, on perçoit un conglomérat avec adhérences intestinales. Ce conglomérat, quel est-il ? Annexiel sans doute, quoique un peu trop en avant. Néanmoins, je pose le diagnostic de coudure de l'intestin sur une tumeur annexielle probablement primitive. Quoi qu'il en soit, une intervention s'impose.

Opération le 22 février 1910. — Laparotomie. Incision transversale de l'abdomen suivant la méthode de Pfannenstiel. La peau et le tissu cellulaire sous-cutané ne présentent rien d'anormal, mais l'aponévrose est fortement adhérente à gauche, la musculature sous-jacente est parsemée suivant sa longueur de stries blanchâtres, résistantes, qui sont l'indice indubitable de l'existence d'un processus inflammatoire ancien. Le péritoine étant ouvert, le champ opératoire protégé comme de coutume et l'écarteur abdominal mis en place, on s'aperçoit qu'une anse grêle masque les organes du petit bassin. Cette dernière, adhérente sur une longueur d'environ 10 centimètres, est coudée en V près de l'anneau inguinal externe gauche, au point de simuler une hernie. Les adhérences détruites non sans difficulté, l'anse libérée et extériorisée, on y remarque une perforation nettement circulaire, de la dimension d'une pièce de 50 centimes. L'anse est entourée de compresses stériles et mise à part.

Contrairement à mes prévisions, je constate que l'utérus est normal ainsi que les annexes de droite et de gauche. Mais, il est un point qui attire vivement mon attention, il est situé près du tiers externe du ligament rond, disons à sa sortie de l'anneau inguinal, à l'endroit précis où l'anse intestinale perforée était adhérente ; j'y remarque la présence d'un corps noirâtre, cylindrique, long d'environ 1 centimètre sur la nature duquel je ne puis me prononcer. En le saisissant entre le pouce et l'index, je l'explore dans toute sa longueur ; il court d'un ligament fond à l'autre ; il est sous-péritonéal, situé entre la face antérieure de l'utérus et la vessie. D'un coup de histouri suivant son axe, je le mets à découvert près du ligament rond du côté droit ; je l'attire au dehors au moyen d'une pince hémostatique, et, à ma grande stupéfaction, je me trouve avoir affaire à une sonde en gomme, rigide, d'une longueur de 25 centimètres et répondant au n° 8 de la filière de Charrière. Cette sonde est d'aspect noirâtre, répand une odeur fétide et laisse sourdre à la pression de nombreuses gouttelettes d'un pus sanieux.

Pour de plus amples détails, voici quelle était sa position exacte : elle s'étendait, comme je l'ai dit plus haut, d'un ligament rond à l'autre, à cheval littéralement sur le cul-de-sac antérieur, au-dessous du péritoine, sauf à son extrémité gauche où elle communiquait avec l'intestin par la perforation déjà décrite. Le trajet mis à découvert représentait une gouttière où il me fut impossible de trouver une communication avec la vessie.

Je désinfectai ce trajet avec de l'eau oxygénée et par une suture continue au catgut n° 2 j'en rapprochai les deux lèvres : par-dessus, pour enfouir cette première rangée de suture, je fis un surjet séroséreuse au catgut n° 1. Après une résection intestinale de 6 centimètres, je fermai le ventre comme de coutume sans aucun drainage. Par prudence, une sonde de Pezzer fut placée à demeure dans la vessie.

Les suites opératoires furent légèrement fébriles ; il se produisit au dixième jour un petit abcès de la paroi, qui était tari le vingtième jour au moment où la malade quittait la clinique.

On enleva la sonde de Pezzer le sixième jour ; l'urine fut constamment claire, sans dépôt d'aucune sorte.

On me permettra quelques mots sur la genèse de cet accident, qui n'est certes pas banal.

En présence d'une preuve si péremptoire, de la sonde mise sous ses yeux, croirait-on que la malade a osé prétendre tout ignorer : elle avoua cependant sa visite à la sage-femme ni plus ni moins. Que nous importe d'ailleurs ; ce n'est pas la chose essentielle. Il y aurait beaucoup à dire sur cette manie des sages-femmes d'introduire des sondes à tout propos, et en particulier chez des femmes qui ne sont point enceintes. L'aménorrhée chez des femmes qui allaitent n'étant pas, que je sache, un signe absolu de grossesse.

Revenons au cas présent. A mon sens, voici comment les divers phénomènes se sont déroulés : au moment de l'introduction de la sonde dans le canal cervical, notons en passant qu'il s'agit d'un corps rigide, celle-ci est peut-être venue butter contre l'orifice interne alors imperméable ; sous la poussée, la sonde s'est inclinée latéralement et a perforé l'utérus en son bord latéral gauche, par conséquent dans sa portion sous-péritonéale. La perforation s'est-elle produite plus tard, amorcée qu'elle était par les manœuvres abortives ? Je ne puis ici répondre affirmativement soit à l'une, soit à l'autre de ces deux hypothèses. Quoi qu'il en soit, l'utérus a été sans nul doute perforé en son bord latéral gauche, sans que je puisse dire si l'effraction du tissu utérin s'est produite au-dessous ou au-dessus de l'orifice interne. Ce type de perforation dite latérale ou intra-ligamentaire est plus fréquent qu'on ne pourrait le croire. J'ai pour ma part, par deux fois, alors qu'il s'agissait de pratiquer une dilatation extemporanée au moyen des tiges d'Hegar, malheureusement, réalisé ce type de perforation latérale, et j'en suis d'autant plus certain que les deux fois je suis intervenu rapidement par une laparotomie, grâce à laquelle je puis offrir aux incrédules des pièces anatomiques très démonstratives à cet égard.

Donc, premier temps, perforation latérale gauche de l'utérus, puis acheminement de la sonde, ainsi que progressent tous les corps étrangers, sous l'effort des mouvements conscients ou inconscients de la vie journalière. A un moment donné, le bec de la sonde, la partie de celle-ci la plus aiguë, et notons en passant qu'il s'agit d'un corps étranger d'une propreté douteuse et en communication avec le vagin pendant un temps peut-être fort long, le bec de la sonde, dis-je, a sollicité le péritoine du ligament large, d'où inflammation réactive et adhérences intestinales, tandis que la sonde elle-même en son entier provoquait un processus inflammatoire, une cellulite, dont on a pu suivre toutes les phases.

REVUE DE CLIMATOLOGIE

Indications et contre-indications du climat méditerranéen dans la turberculose pulmonaire; rapport présenté à la Société Médicale du Littoral Méditerranéen, par M. A. PÉGURIER.

Le climat méditerranéen n'est certes pas un spécifique de la tuberculose pulmonaire ; mais il serait tout aussi inexact d'adopter cette formule trop absolue : « pas de pneumotuberculeux au bord de la Méditerranée. » Les conditions topographiques de la Côte d'Azur permettent en effet de considérer le climat méditerranéen comme un climat marin « atténué », tempéré, sec et intensément lumineux. Son action physiologique et thérapeutique se traduit par une stimulation plus ou moins intense qu'il peut être utile de rechercher dans certains cas de tuberculose pulmonaire.

Pour apprécier rationnellement les indications et les contre-indications du climat méditerranéen dans la pneumotuberculose, M. Pégurier estime qu'il importe de tenir compte, avant tout, de deux conditions : l'état de résistance organique du malade, et son mode réactionnel. Après avoir passé en revue les diverses modalités cliniques, il pense qu'on doit déconseiller le climat de la Riviera :

1° Aux tuberculeux pulmonaires chez lesquels, pour une raison quelconque, la résistance organique est effondrée ou insuffisante ;

2° A tous les hyperexcitables, chez lesquels l'hypersthémie est généralisée ou localisée à une ou plusieurs fonctions.

Inversement le séjour sur la Côte d'Azur est indiqué chez les tuberculeux dont les ressources défensives sont suffisamment intactes pour qu'on puisse espérer d'elles sinon la guérison, tout au moins une amélioration durable, mais seulement en présence de réactions nulles ou modérées.

Le climat méditerranéen peut, en outre, à titre d'adjuvant prophylactique de premier ordre, rendre de grands services chez tous les tuberculisables, que la prédisposition soit héréditaire ou acquise.

Mais pour obtenir du climat son effet utile, il est nécessaire que la crue soit bien dirigée et étroitement surveillée. L'appréciation erronée de l'indication thérapeutique et sociale d'une part, l'absence ou l'insuffisance de direction dans la cure et l'indocilité du malade de l'autre, telles sont les causes les plus habituelles des accidents que l'on a si souvent relatés et attribués à tort au climat méditerranéen, alors qu'ils ne sont dus qu'à une erreur de technique.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Recherches sur le sort des microorganismes ingérés avec les aliments solides et liquides, en tenant compte des vues modernes de Pawlow sur la digestion gastrique. (*Il Policlinico*, XVII).

L'auteur a conduit avec soin et ingéniosité ses expériences. Il utilisait le suc gastrique d'un chien fistulisé ; les microbes tests étant surtout le bacille d'Eberth, accessoirement le pyocyanique. Le pouvoir bactéricide du suc gastrique est dû principalement, mais non pas exclusivement, à l'acide chlorhydrique. En effet, le suc gastrique neutralisé jouit d'un pouvoir antimicrobien encore très sensible, bien que l'on doive le tenir pour un moyen de défense insuffisant à parer aux infections intestinales.

Le pouvoir bactéricide du suc gastrique varie très notablement avec la qualité des aliments ingérés. Il est porté au maximum avec le régime carné ; il est moindre, mais encore considérable, après l'ingestion du lait ; il est moindre encore avec un régime amylacé, moindre encore avec un régime de graisses, minime enfin, sans être absolument nul cependant, avec une diète hydrique.

Une alimentation agréable assure au suc gastrique une action bactéricide énergique, au même titre que tous les éléments qui contribuent à régulariser la sécrétion de l'estomac.

CARNET DU PRATICIEN

Rougeole et broncho-pneumonie

Le traitement curatif consiste à faire l'antisepsie des fosses nasales et de la gorge au moyen de la pommade :

Acide borique............	5 grammes.
Résorcine.....	0,25 centigr.
Vaseline..................	25 grammes.

(A introduire deux fois par jour.)

On bien les huiles antiseptiques suivantes :

Huile gomenolée à 5 p. 30 ;
Huile résorcinée à 1 p. 40 ;
Huile mentholée à 1 p. 100.

(Injecter 1 cc. dans chaque narine.)

Il faut éviter les lavages du nez, qui peuvent entraîner des complications du côté de la trompe d'Eustache ou de l'oreille interne.

Faire des lavages fréquents de la bouche, qui évitent les infections secondaires, au moyen de l'eau bouillie simple ou additionnée de liqueur de Labarraque — 1 à 2 cuillerées à soupe par litre. — On pratique les lavages avec un bock ; un demi-litre matin et soir.

S'il y a de la stomatite, on usera des lavages à l'eau oxygénée à 12 volumes, étendue de 10 fois son poids d'eau ; s'il y a des ulcérations des lèvres, on les attouchera avec :

Iodoforme	1 gramme
Ether	5 —
Vaseline......................	25 —

Contre les ulcérations de la peau ou les furoncles, on aura recours à l'eau d'Alibour à 1 p. 5, et on saupondrera avec du sous-carbonate de fer en poudre.

On bien on se servira de la pâte à l'oxyde de zinc :

Oxyde de zinc...............	20 grammes
S.-n. de bismuth............	20 —
Vaseline......................	20 —

ou de l'emplâtre rouge de Vidal.

A l'intérieur, on pourra donner à l'enfant une potion, à la fois expectorante et tonique :

Acétate d'ammoniaque......	3 grammes
Sirop de café................	30 —
Benzoate de soude	2 —
Eau de tilleul................	60 —

Par cuillerée à café ou à dessert.

Pour calmer la toux, donner la potion suivante :

Eau chloroformée...........	50 grammes
Eau de fleurs d'oranger	70 —
Sirop de codéine	10 —
Eau de laurier-cerise........	3 —

Par cuillerée à café ou à dessert.

Faire faire des fumigations plusieurs fois répétées, avec une infusion de feuilles d'eucalyptus, dans laquelle on ajoutera une cuillerée à café d'un balsamique, comme la créosote, l'essence de térébenthine, le gomenol.

Comme alimentation, donner des tisanes sucrées, du lait, du bouillon dégraissé.

Vient-on à constater des foyers de broncho-pneumonie ? on usera de l'hydrothérapie, bains froids, bains tièdes, bains chauds, draps mouillés, compresses de Prieznetz. Les bains froids ne devront pas descendre plus bas que 26° à 28° ; on les donnera toutes les trois heures, quand la température rectale atteindra 39°, et pendant 6 à 8 minutes.

Eczéma des nourrissons

Eczéma séborrhéique : régler les tétées et au besoin les restreindre. A l'intérieur, donner une fois par semaine :

Calomel....................	0 gr. 03 à 0 gr. 05
Sucre........................	0 gr. 40

en 3 paquets à prendre dans la matinée dans un peu d'eau pure avant une tétée.

Cataplasme de fécule, masque de caoutchouc ou simplement masque de toile. Déterger les surfaces malades à l'eau boriquée à 3 0/0.

Après 3 ou 4 jours, remplacer le cataplasme par une onction avec le *lard frais* comme il est indiqué ci-dessus. Quand *tous* les phénomènes inflammatoires ont disparu on peut appliquer cette pommade.

Soufre	1 gramme
Oxyde de zinc...............	4 —
Lanoline......................	15 —
Vaseline......................	15 —

Eczéma à placards disséminés : Traiter la dyspepsie. De temps en temps : calomel. Cataplasme de fécule. Supprimer les bains. Faire des onctions avec :

Acide salicylique.....	0 gr. 05 à 0 gr. 10
Oxyde de zinc.........	4 grammes
Amidon.................	4 —
Lanoline	15 grammes
Vaseline................	15 grammes

Dr MARFAN.

Savon dentifrice

Thymol	0 gr. 05
Extrait de ratanhia..........	1 —
Glycérine	10 —
Magnésie calcinée...........	0 — 50
Borate de soude..............	4 —
Essence de menthe..........	XX gouttes
Savon médicinal..............	30 grammes

En applications sur une brosse pour les soins de la bouche et le nettoyage des dents.

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 21.000 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. BUREAU), 33, rue J.-J. Rousseau

Le Gérant : Docteur LUCIEN-GRAUX.

CHEMIN DE FER DU NORD

Stations balnéaires et thermales.

Du jeudi précédant les Rameaux au 31 octobre, toutes les gares du chemin de fer du Nord délivrent des billets à prix réduits, à destination des stations balnéaires et thermales du réseau, sous condition d'effectuer un parcours minimum de 100 kilomètres aller et retour.

Billets collectifs de famille, valables 33 jours, prolongeables pendant une ou plusieurs périodes de quinze jours (Réduction de 50 0/0 a partir de la 4e personne);

Billets hebdomadaires et carnets d'aller et retour individuels, valables cinq jours, du vendredi au mardi et de l'avant-veille au surlendemain des fêtes légales (Réduction de 20 à 44 0/0);

Les carnets contiennent 5 billets d'aller et retour qui peuvent être utilisés à une date quelconque dans le délai de trente-trois jours;

Cartes d'abonnement, valables trente-trois jours, (Réduction de 20 0/0 sur le prix des abonnements ordinaires d'un mois) à toute personne prenant deux billets ordinaires au moins ou un billet de saison pour les membres de sa famille.

Pour les stations balnéaires seulement :

Billets d'excursion, individuels ou de famille de 2e et 3e classes, des dimanches et jours de fêtes légales, valables une journée dans des trains désignés (Réduction de 20 à 70 0/0).

Pour tous renseignements, consulter le livret-guide Nord ou s'adresser dans les gares et bureaux de ville de la Compagnie.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

Relations entre Paris et l'Italie
PAR LE MONT-CENIS

ALLER (départ de Paris): 2 h. 30 soir, V.-L. ; L.-S. ; 1re et 2e classes jusqu'à Turin.

ALLER : 10 h. 30 soir, V.-L.; 1re et 2e jusqu'à Rome. L.-S. jusqu'à Modane.

RETOUR (départ de Rome) : 9 h. 15 soir, V.-L.; 1re et 2e classes depuis Turin; L.-S.; 1re classe, depuis Modane.

RETOUR: 8 heures matin, V.-L.; L.-S.; 1re et 2e classes depuis Turin; V.-R. depuis Dijon.

RETOUR : 2 h. 40 soir, 1re et 2e classes depuis Rome.

ÉCHOS

Académie Royale de Médecine de Belgique. — *Programme des concours* :

1910-1912. — Etablir par des recherches expérimentales les modifications que les injections d'alcool faites dans les troncs des nerfs déterminent dans la partie périphérique et dans la partie centrale. — Prix : 800 francs. — Clôture du concours : 15 juillet 1912.

1910-1911. — Etudier les lésions de l'empoisonnement par l'hydrogène phosphoré. — Prix : 800 francs. — Clôture du concours : 15 juillet 1912.

1910-1912. — *Prix fondé par un anonyme.* — Elucider par des faits cliniques, et au besoin par des expériences, la pathogénie et la thérapeutique des maladies des centres nerveux et principalement de l'épilepsie (1). — Prix : 15.000 francs. — Clôture du concours : 15 octobre 1912.

Des encouragements, de 300 à 3.000 francs, pourront être décernés à des auteurs qui n'auraient pas mérité le prix, mais dont les travaux seraient jugés dignes de récompense.

Une somme de 5.000 francs et une de 25.000 francs pourront être données, en outre du prix de 15.000 fr., à l'auteur qui aurait réalisé un progrès capital dans la thérapeutique des maladies des centres nerveux, tel que serait, par exemple, la découverte d'un remède curatif de l'épilepsie.

1911-1912. — *Prix fondé par le Dr da Costa Alvarenga.* — Aux termes du testament de M. Alvarenga, « l'intérêt du capital constituera un prix annuel qui sera appelé : *Prix d'Alvarenga, de Piauhy* (Brésil). Ce prix sera décerné, à l'anniversaire du décès (21 juillet 1883) du fondateur, à l'auteur du meilleur mémoire ou ouvrage *inédit* (dont le sujet sera au choix de l'auteur) sur n'importe quelle branche de la médecine, lequel ouvrage sera jugé digne de récompense après que l'on aura institué un concours annuel, et procédé à l'examen des travaux envoyés selon les règles académiques (2).

« Si aucun des ouvrages n'était digne d'être récompensé, la valeur du prix serait ajoutée au capital » — Prix : 800 francs. — Clôture du concours : 15 janvier 1912.

1909-1913. — *Prix Melsens.* — Par une clause de son testament, Mme Melsens, veuve de M. le professeur Louis Melsens, lègue « une somme de 10.000 francs dont les intérêts accumulés seraient consacrés à la fondation d'un « Prix Melsens » à décerner tous les quatre ans à l'auteur belge qui aurait soumis au jugement de l'Académie un ouvrage remarquable sur l'hygiène professionnelle » (3). — Prix : 1.400 fr. — Clôture du concours : 20 janvier 1913.

A Nanterre.

Un concours sera ouvert le 8 mai 1911 pour sept places d'interne titulaire en médecine et en chirurgie à la Maison Départementale de Nanterre et pour la désignation, à la suite du concours, de candidats qui pourront être appelés, le cas échéant, aux fonctions d'interne provisoire.

Durée des fonctions : du 1er juin 1911 au 31 mai 1912. Traitement annuel, 1.800 fr. ; indemnité de logement, 300 fr.

Le registre d'inscription des candidats est ouvert dès à présent à la Préfecture de Police (secrétariat général, personnel, quai du Marché-Neuf, n° 2). Il sera clos le 13 avril prochain à 4 heures.

Les candidats doivent remplir les conditions suivantes : 1° être français ; 2° être âgés de moins de 30 ans ; 3° être pourvus d'au moins 12 inscriptions en médecine ; 4° avoir accompli le stage obstétrical ; 5° n'être pas reçus docteurs en médecine.

Ils doivent adresser au Préfet de Police : 1° Une demande sur papier timbré ; 2° un extrait authentique, sur timbré, de leur acte de naissance ; 3° les pièces établissant leur situation au point de vue militaire ; 4° une notice indiquant leurs titres scientifiques et hospitaliers ; 5° un certificat de scolarité de date récente ; 6° le certificat d'accomplissement du stage obstétrical ; 7° l'engagement écrit de se démettre, en cas de nomination, de toutes fonctions dans les hôpitaux, hospices ou cliniques.

Le concours, qui aura lieu à la Maison Départementale de Nanterre, comprendra deux séries d'épreuves : 1° épreuves d'admissibilité ; 2° épreuves définitives.

A. — Epreuves d'admissibilité : 1° une épreuve de clinique médicale ; 2° une épreuve de clinique chirurgicale ; il sera accordé, pour chaque épreuve, dix minutes d'examen, dix minutes de réflexion, dix minutes d'exposé oral ; 3° une question d'obstétrique traitée en cinq minutes, après cinq minutes de réflexion.

B. — Epreuves définitives : 1° une question de pathologie infantile traitée en cinq minutes, après cinq minutes de réflexion ; 2° une reconnaissance anatomo-pathologique macroscopique ; 3° une épreuve de médecine opératoire.

Chacune des épreuves sera évaluée en chiffres (vingt points au maximum).

(1) Dans la séance de l'Académie du 27 octobre 1906, le Président a fait observer, au nom du Bureau, que, contrairement à une opinion qui semble s'établir, le concours ne porte pas uniquement sur l'épilepsie.

(2) L'Académie a décidé, dans le comité secret de la séance du 26 décembre 1891, que l'article 119 règlement de la Compagnie ne sera pas applicable aux mémoires manuscrits qui prendront part à ce concours. Cet article est ainsi conçu : « Les travaux couronnés et ceux qui ont mérité une distinction peuvent être publiés dans le recueil des mémoires, en vertu d'un vote pour chaque mémoire. »

(3) Dans sa séance du 30 novembre 1901, l'Académie a décidé que le prix ne peut être partagé et que les mémoires qui seront envoyés à ce concours doivent être écrits en français, en flamand ou en allemand.

Application du décret du 19 décembre 1910, concernant les produits de la sucrerie, de la confiserie et de la chocolaterie.

Le Président de la République française,

Sur le rapport des ministres de la Justice, de l'Intérieur, des Finances, de l'Agriculture, du Commerce et de l'Industrie,

Vu la loi du 1er août 1905 sur la répression de fraudes dans la vente des marchandises et des falsifications des denrées alimentaires et des produits agricoles, modifiée par la loi du 5 août 1908 et notamment l'article 11 ainsi conçu :

« Il sera statué par des règlements d'administration publique sur les mesures à prendre pour assurer l'exécution de la présente loi, notamment en ce qui concerne :

« 1° La vente, la mise en vente, l'exposition et la détention des denrées, boissons, substances et produits qui donneront lieu à l'application de la présente loi ;

« 2° Les inscriptions et marques indiquant, soit la composition, soit l'origine des marchandises, soit les appellations régionales et de crus particuliers que les acheteurs pourront exiger sur les factures, sur les emballages ou sur les produits eux-mêmes à titre de garantie de la part des vendeurs, ainsi que les indications extérieures ou apparentes nécessaires pour assurer la loyauté de la vente et de la mise en vente ; la définition et la dénomination des boissons, denrées et produits, conformément aux usages commerciaux ; les traitements licites dont ils pourront être l'objet en vue de leur bonne fabrication ou de leur conservation ; les caractères qui les rendent impropres à la consommation.

Convention entre la Belgique et l'Allemagne à propos de la rage canine.

Le Gouvernement belge et le Gouvernement allemand se sont mis d'accord pour conclure une entente relativement à la notification des cas de rage canine constatés dans les communes limitrophes des deux pays.

L'entente s'est établie sur les bases suivantes :

1° Chaque fois qu'un cas ou un cas suspect de rage canine aura été constaté dans une commune belge limitrophe ou située à une distance de moins de 10 kilomètres du royaume de Prusse, le bourgmestre de cette commune en donnera immédiatement avis aux bourgmestres de chaque commune du royaume de Prusse située à une distance de moins de 10 kilomètres des limites de sa commune ;

2° Chaque fois qu'un cas ou un cas suspect de rage canine aura été constaté dans une commune du royaume de Prusse limitrophe ou située à une distance de moins de 10 kilomètres du royaume de Belgique, le bourgmestre de cette commune en donnera immédiatement avis aux bourgmestres de chaque commune belge située à une distance de moins de 10 kilomètres des limites de sa commune.

Ministère de l'Intérieur. Concours de médecin adjoint des asiles.

Le jury est constitué comme suit :

Président : M. Granier, inspecteur général des services administratifs du ministère de l'Intérieur.

Membres titulaires : MM. les Drs Rémond, professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Toulouse ; Laignel-Lavastine, professeur agrégé de médecine mentale à la Faculté de médecine de Paris ; Vallon, médecin en chef de l'asile Sainte-Anne ; Ramadier, directeur médecin de l'asile de Blois ; Colin, médecin en chef de l'asile de Villejuif ; Alombert-Goget, médecin en chef de l'asile de Marseille.

Membres suppléants : MM. les Drs Sizaret, médecin en chef de l'asile de Rennes ; Sérieux, médecin en chef de l'asile de Maison-Blanche.

Les fonctions de secrétaire seront remplies par M. de Saint-Sauveur, chef du premier bureau de la direction de l'assistance et de l'hygiène publiques au ministère de l'Intérieur, et celles de secrétaire adjoint par M. Tissot, secrétaire adjoint de la direction de l'assistance et de l'hygiène publiques au ministère de l'Intérieur.

Congrès International des pathologistes à Turin.

La « Societa Italiana di Patologia, dans sa séance du 30 septembre 1900, à Modena, a délibéré d'inviter les pathologistes à une réunion internationale à Turin, en 1911, à l'occasion des fêtes jubilaires de l'indépendance italienne.

La réunion aura lieu dans l'Institut d'anatomie pathologique de l'Université de Turin du 2 au 5 octobre.

Bureau du Congrès : Institut de pathologie générale, Corso Raffaello, 30.

REVUE FINANCIÈRE

Le marché continue à être mauvais. La crainte d'une guerre entre la Russie et la Chine alarme les esprits — du moins c'est le prétexte que donnent les baissiers et Dieu sait si tous les prétextes leur sont bons à invoquer ?

Le 3 0/0 est à 96 47, le 4 1/2 russe à 101 35, la Banque de France à 4000 en baisse de 80 francs pour la semaine, la Banque de Paris à 1797.

Les Chemins sont toujours hésitants mais paraissent plus fermes.

Les cours actuels sont avantageux pour plusieurs valeurs : la Central Mining n'est pas chère à 353, ni le Boléo qui est à 730 après avoir touché 730. Il est certain que ces deux valeurs vont remonter ainsi que les Raffineries d'Egypte trop bon marché à 82 francs l'ordinaire et 88 francs la privilégiée.

Les valeurs mexicaines, ainsi que nous l'avions fait prévoir dès le début, ont bien repris, mais elles ont encore une marge importante de hausse, notamment la Banque centrale mexicaine et la Banque nationale du Mexique, deux excellentes valeurs de portefeuille, à rendement élevé et à des cours très avantageux.

Enfin signalons tout spécialement les Québec Railway à 352 francs. Nos renseignements personnels nous permettent d'affirmer l'attribution prochaine d'un dividende élevé à cette valeur dont le coupon n° 1 est encore attaché : les cours s'élèveraient rapidement que nous n'en serions pas surpris.

A. S. WEIL.

82e Année (Série XIIIe) — N° 88 | Le Numéro : 25 Centimes | Mercredi 5 Avril 1911

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

Abonnements et Vente au Numéro
Librairie Médicale J. ROUSSET
1, Rue Casimir-Delavigne
PARIS

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale......... 15 fr.
Edition Espagnole.... 10 fr.
Edition Portugaise.... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

DIRECTION & RÉDACTION
11 bis, Rue Villebois-Mareuil, PARIS
DIRECTEUR :
Dr LUCIEN GRAUX
Lauréat de l'Institut

Ancienne *Gazette de Santé*
(139e Année)

Hors concours, Membre du Jury
Exposition franco-britannique 1908
Vice-Prés. Expos. Bruxelles Cl. 16

ÉCHOS

Quelle est la couleur de la peau des nègres à leur naissance ?

En réponse à cette question, le docteur Bouchart, de Limoges, adresse au *Centre médical* la note suivante :

« . . Je puis vous affirmer, ayant vécu plns de deux ans en Afrique, que les enfants du village nègre, cette sorte d'annexe et de fanbourg où se réunissent les noirs des petites villes du sud de l'Algérie, naissent blancs, c'est-à-dire roses. I's ne sont bruns, puis noirs qu'au bout de douze. vingt-quatre, quarante-huit et parfois soixante heures, jamais plus. La coloration n'est pas uniforme au début, la partie externe des membres et postérieure du tronc étant la première colorée. Quant aux cheveux, qui n'apparaissent que plus tard, ils viennent par ilots, distants d'une longueur supérieure au diamètre de l'ilot, plantation clairsemée (en groupes distants).

« Les nègres que j'ai vus étaient généralement d'origine soudanaise : je ne puis pas parler des autres races et je ne veux faire aucune généralisation. »

Le prix d'un homme.

Un médecin berlinois vient de calcnler la somme qui suffirait pour reconstruire un homme, d'après les dernières données de la science et de l'industrie. Une paire de bras de bonne qualité coûte environ 350 fr. La même paire de bras avec mains articulées revient à 875 fr. Une paire de jambes vaut 700 fr. Le prix d'un nez convenable varie entre 400 et 500 fr. Il est possible de livrer une paire d'oreilles avec résonnatenrs pour une bagatelle de 700 fr. environ, et un dentiste vous fournira pour 300 fr. un excellent râtelier. Deux yeux artificiels perfectionnes ne peuvent être vendus au-dessous de 150 francs.

Préceptes d'hygiène musulmane.

Voici des préceptes d'hygiène arabes, tirés du philosophe Sidi Khalil (mort en 767 de l'égire).

Il faut, par exemple, que, chaque vendredi, l'homme accomplisse les dix choses révélées à notre Seigneur Ibrahim, ou quelques-unes du moins, s'il ne peut les accomplir toutes.

Ces dix prescriptions sont :

1° Subir la circoncision;
2° Faire la grande ablution pour l'homme;
3° Faire la grande ablution pour la femme;
4° Faire usage du *koheul* pour les yeux;
5° Faire usage du *henné* pour la peau;
6° Faire usage du *souaq* pour la bouche;
7° Se couper les ongles;
8° Se raser les parties que la nature a voilées;
9° S'arracher les poils des aiselles;
10° Se couper les moustaches à la hauteur de la lèvre supérieure.

Les accidents du travail.

La loi sur les accidents de travail donne parfois lieu, de l'autre côté du détroit, à de singnlières demandes d'indemnité. Voici, d'après notre confrère anglais le *Manchester Dispatch*, un certain nombre d'accidents auxquels le législateur ne s'attendait probablement pas :

— Ma vache, en agitant la queue, a presque éborgné une fille de ferme.

— Une femme de chambre a reçu dans l'œil le bouchon d'une bouteille de champagne.

— Un cocher, sortant de son écurie, a reçu en pleine figure la pantoufle de son maitre, destinée par celui-ci à un chat qui miaulait.

— Un voyageur de commerce s'est abîmé le nez contre un bec de gaz.

— Un clergyman est tombé et s'est démis le genou en faisant la quête

Quant aux indemnites réclamées pour de légères coupures aux doigts, elles sont, dit notre confrère, *as numerous as flies in summer*, aussi nombreuses que les mouches en été.

Monsieur le Docteur

Combien de fois n'avez-vous pas souhaité l'apparition d'un véritable spécifique des maladies des veines. (Varices, phlébites, ulcères variqueux, Varicocèles ou hémorroïdes)? Combien de fois n'avez-vous pas désiré connaître un traitement actif de tous les troubles qui accompagnent une circulation troublée, la Ménopause, en particulier? Faute de mieux, vous avez souvent prescrit l'hamamélis virginica, et pourtant, vous savez que des maîtres comme Reclus, Ricard, Planchon, Paul Carnot, Colin, Œttinger, sont d'accord pour constater son inefficacité!

Vous n'avez plus à tomber en un si cruel embarras, car dans le Varicure Marck, vous avez maintenant un traitement véritablement curatif, en nombre de cas devant lesquels vous étiez désarmé. Ce médicament formé de Rubiacées & Polygonées, préparées, séchées et pulvérisées se compose d'une décoction qui comprend tous les sucs des plantes, et qui, partant est bien plus active que tous les extraits si pauvres en substances efficaces, et d'une pommade, topique vraiment spécifique.

Expérimentez-le, de préférence, sur des sujets porteurs de lésions anciennes, profondes & douloureuses. Vous serez étonné de la rapidité des résultats.

Veuillez agréer, Monsieur le Docteur, l'expression de mes meilleurs sentiments.

J. Monnier

10, rue de la Pépinière

pharmacien de 1ère classe

ÉCHOS

Décret sur l'opium.

Le *Bulletin de la Chambre syndicale des pharmaciens de la Seine* publie la note suivante :

On a signalé la présentation dans les pharmacies d'ordonnances médicales comportant jusqu'à 10 grammes d'opium. La Préfecture de police est bien décidée à poursuivre les pharmaciens contrevenants au décret spécial sur l'opium et les médecins signant de telles ordonnances. Nos confrères sont invités à observer la plus grande prudence pour la délivrance de l'opium. Il faut exiger sur l'ordonnance le mode d'emploi et encore ce mode d'emploi doit-il être légal, c'est-à-dire s'appliquer à un traitement médical bien défini.

Recherches.

Le Dr Georges Petit, 51, rue du Rocher, Paris, 8e, faisant des recherches sur les médecins illustres ou remarquables, nés à Orléans, ou ayant exercé dans cette ville, aux XIVe, XVe, XVIe siècles, serait reconnaissant aux personnes qui pourraient lui communiquer des documents.

L'aliénation mentale et le divorce

Nous continuons à recevoir les lettres relatives à l'aliénation mentale et le divorce. Ce dossier sera transmis à l'auteur du projet de loi, M. Maurice Violette, qui en fera état à la Chambre.

Physiothérapie

Un de nos confrères serait désireux d'employer dans son établissement comme assistant un docteur en médecine connaissant l'électrothérapie et la radiothérapie.

Notre Hôtel

La *Gazette Médicale* va prendre possession de son Hôtel, 9, rue Denis-Poisson, le 25 avril et, toute la correspondance devra lui être adressée à cet endroit à partir de cette date.

Nouveau prix

M. le professeur Richet, membre de l'Académie de Médecine, vient de fonder à la Société des Gens de Lettres un prix biennal de 500 francs destiné à récompenser « un médecin ayant fait œuvre d'imagination ».

Chez les Kabyles.

M. Neveu rapporte le fait suivant, très suggestif : « Un de nos amis, chef de gare sur la ligne de Beni-Mançour, nous a raconté dernièrement que, peu de jours après son installation, il vit arriver deux Kabyles qui, d'un air suppliant, lui demandèrent un peu d'eau « di tiligraphe » ; notre ami ne comprenant pas, les indigènes retournèrent dans leur gourbi, et revinrent le lendemain : « Je t'en supplie, direut-ils, donne-nous un peu d'eau di tiligraphe, de l'eau di dipiche ...., c'est pour un de nos enfants qui a très mal aux yeux. » Notre ami comprit enfin qu'il s'agissait de l'eau des piles du télégraphe. Depuis, tous les Kabyles d'alentour viennent à la gare chercher un peu d'eau chlorurée pour soigner les ophtalmies de leur famille : c'est une façon de prescrire le zinc sous forme de chlorure ».

Médecins contre pharmacien.

Le tribunal de Compiègne a rendu, hier, son jugement dans le procès intenté par le Syndicat des médecins de la Seine à un pharmacien, auquel il reprochait d'avoir renouvelé une potion sans ordonnance.

Les juges ayant estimé que le Syndicat ne pouvait justifier d'aucun préjudice, a acquitté le prévenu et condamné les plaignants à tous les dépens.

Académie des Sciences.

L'Académie vient d'élire deux correspondants en remplacement de M. Hergott, décédé, et de M. Hittorf, élu membre associé étranger.

M. Parlof, l'éminent physiologiste de Saint-Pétersbourg, a été élu à la grande majorité des suffrages au premier tour.

Pour le second siège, M. Arrhénius, le célèbre physicien suédois, a été élu au premier tour à la presque unanimité des suffrages.

Le XVIIe Congrès International de Médecine.

Le XVIIe Congrès international de médecine se réunira à Londres en été 1913. La date exacte sera fixée par la Commission permanente internationale laquelle se réunira pour la première fois à Londres le 21 et 22 avril prochain sous la présidence de M. le Dr F. W. Pavy.

Dans la même réunion la liste des sections sera fixée. Vœux et propositions relatives à la répartition des sections pourront être envoyés avant le 1er avril au secrétaire général de la Commission permanente, M. le professeur H. Burger, Vondelstraat, 1, Amsterdam, ou à l'adresse du bureau de ladite Commission : Hugo de Grootstraat 10, La Haye.

La Commission sera reconnaissante de recevoir avant la même date les informations et les propositions qu'on voudra lui faire en tout ce qui regarde l'organisation du Congrès.

Les toxines du bacille de Koch.

Sont annihilées par les diastases antitoxiques du globéol. Le globéol est l'hématie toute entière avec son hémoglobine intégrale et tous ses ferments à l'état vivant. Cette pulpe est obtenue en faisant éclater le globule à froid dans le vide. On y ajoute le sérum desséché sous forme de poudre jaune ambré contenant les cyto-poïétines, les cyto-stimulines et les hormones.

Le sang employé provient de jeunes chevaux, sains, reposés et à jeun depuis la veille.

Le cheval étant réfractaire à la tuberculose, les antitoxines de son sérum ont une action décisive sur les toxines secrétées par le bacille de Koch qu'elles *stérilisent*.

Les effets du Globéol dans la tuberculose sont très rapides et indéniables tant au point de vue de l'action antitoxique que comme reconstituant énergique

Pour marquer le professionnel du crime (1).

Le Dr Séverin Icard (de Marseille) vient de proposer un procédé pour marquer d'un signe indélébile et non infamant les professionnels du crime. Ce procédé consiste à injecter à froid, sous la peau, une certaine quantité de paraffine de manière à déterminer une petite nodosité dont l'origine judiciaire restera ignorée des non-initiés.

Les points de la peau choisis pour l'injection varieront suivant la nature des crimes ou délits et aussi suivant le danger que présentera le criminel. Les autorités compétentes, qui ont pour devoir de protéger la Société contre l'armée du crime toujours plus nombreuse et toujours mieux organisée, se doivent d'examiner attentivement la proposition du Dr Icard, l'idée est ingénieuse et paraît très pratique. Après tout, comme le dit l'auteur, l'ouvrier honnête ne porte-t-il pas le sceau de son métier dans quelque malformation corporelle caractéristique de sa profession? Pourquoi les criminels échapperaient-ils à cette loi et ne seraient-ils pas eux aussi porteurs d'un signe professionnel?

(1) *In Archives d'anthropologie criminelle*, Janvier 1911, p. 30.

Fibromes compliquant la Grossesse
ET
Déterminant des Accidents graves
HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE

par le Dr J. MOUCHOTTE
Ancien Chef de Clinique de la Faculté de Paris

La question des fibromes compliquant la grossesse était tout récemment encore envisagée d'une façon différente par les chirurgiens et les accoucheurs. De ces conceptions opposées résultaient des thérapeutiques contraires. Les chirurgiens, peu soucieux des intérêts de l'enfant en voie de développement, mettaient en œuvre une thérapeutique préventive d'accidents hypothétiques du travail, et intervenaient trop souvent au cours de la grossesse, alors qu'il n'existait aucune indication présente à l'intervention. Les accoucheurs, habitués à voir l'accouchement se terminer souvent d'une façon favorable pour la mère et l'enfant, étaient portés à exagérer une abstention ou une temporisation parfois néfastes. Aujourd'hui, l'accord semble être fait sur cette question. Chirurgiens et accoucheurs se sont réunis, se sont communiqué les résultats de leur expérience, et se sont instruits mutuellement. Leur opinion est actuellement commune; elle se dégage bien, entre autres discussions, de celle qui eut lieu à la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Paris en 1901.

De cette discussion, il ressort :

1° *Que les femmes enceintes atteintes de fibromes ont le plus souvent une grossesse exempte de complication et évoluant jusqu'au terme, malgré le volume excessif de certaines tumeurs.*

La statistique relatée par le professeur Pinard étayait cette affirmation. Du 1er janvier 1895 au 1er janvier 1901, sur 13.915 accouchements, 84 grossesses compliquées de fibromes furent observées à la clinique Baudelocque; 66 fois, la grossesse évolua jusqu'au terme ou près du terme; 13 fois, il y eut accouchement prématuré; 5 fois, il y eut avortement: 4 fois seulement, *l'intervention fut jugée nécessaire au cours de la grossesse.*

2° *Que, par conséquent, l'intervention au cours de la grossesse compliquée de fibrome doit être exceptionnelle* et *motivée seulement* par l'apparition d'accidents graves.

3° *Que, cependant, il ne faudra pas attendre une gravité des accidents telle que ceux-ci soient au-dessus de nos moyens thérapeutiques.*

« Oui, certes, disait M. Richelot, nous sommes d'accord pour tâcher de sauver la femme quand il est évident qu'elle va mourir; mais cela ne me suffit pas. Un chirurgien, qui, en dehors de toute grossesse, laisse évoluer des fibromes jusqu'aux accidents mortels, est un maladroit; je n'admets pas que la grossesse soit, en pareil cas, une excuse. Je veux donc qu'on intervienne au moment où un miracle n'est pas encore nécessaire pour que la femme survive à l'opération. »

C'est en nous inspirant de cette discussion à la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Paris, que, malgré notre grand désir de laisser évoluer une grossesse compliquée de fibrome jusqu'à son terme, nous avons été incité à intervenir et à pratiquer une hystérectomie au cours de la gestation. Nous allons rapporter de suite les circonstances qui justifièrent cette intervention. Puis nous ferons suivre l'observation de certains commentaires qu'elle comporte.

Obs. — M..., âgée de 38 ans, fut réglée à 14 ans. Les règles furent d'abord très donlonreuses. Les douleurs persistèrent très vives jusqu'à l'âge de 25 à 28 ans; puis, elles s'atténuèrent progressivement, pour ne plus se manifester que par une sensation de gène. La durée des règles était de quatre jours. A ancun moment, elles n'ont eu plus longue durée ni n'ont été plus abondantes.

A 35 ans, M... eut une angine grave. Ce fut sa seule maladie. Elle n'eut jamais d'infection génitale, jamais de pertes blanches.

M... se marie le 3 février 1910, à 37 ans et demi. Elle n'aurait jamais eu de rapports avant cet âge. Au cours de l'année précédant son mariage, elle avait remarqué que son ventre s'était développé et elle éprouvait, dans la région hypogastrique, mais seulement à l'occasion des secousses de toux et d'éternuement, de très violentes et très fugaces douleurs. Elle avait aussi constaté que, lorsqu'elle se maintenait alors le ventre serré dans les mains, elle diminuait l'acuité de ses souffrances; aussi instinctivement, par la suite, portait-elle ses mains au bas-ventre lorsqu'elle était sur le point de tousser ou d'éternuer.

Le troisième jour après le mariage, apparaissent les règles. Celles-ci seulement pénibles, comme d'ordinaire, ont leur physionomie habituelle et durent quatre jours, du 5 au 9 février. Une fécondation a lieu pen après. Les règles ne devaient plus reparaître.

En fin février, M... commence à éprouver une sensation de pesanteur dans le bas-ventre. Cette sensation est d'emblée pénible; elle va en s'accentuant et dans le courant du mois de mars, elle se manifeste même au lit. Il n'y a alors aucun trouble dans le fonctionnement de la vessie ou de l'intestin. En mars également, le ventre se développe d'une façon anormale et M... perçoit elle-même, en se palpant, « quelque chose de gros et dur dans le côté gauche de l'abdomen, transmettant des battements ». En fin mars, la pesanteur du bas-ventre est devenue si pénible, que M... ne sort plus de chez elle.

En dehors du développement du ventre qui s'accroit, l'état reste stationnaire jusqu'en fin mai. En fin mai, M... se décide à faire une petite promenade à pied. Elle revient très fatiguée, et, depuis cette époque, elle éprouve des douleurs abdominales. Ces douleurs siègent dans la fosse iliaque gauche, le flanc gauche, la région lombaire gauche, et en arrière, à la base gauche du thorax. Elles augmentent peu à peu d'intensité. Tout d'abord intermittentes, elles deviennent bientôt continuelles (fin juin), survenant même la nuit, tantôt semblable à des piqûres, tantôt comparables à des coups de lance, parfois consistant en forts tiraillements. Elles empêchent alors le sommeil par leur intensité (début juillet), arrachant des cris à la femme chaque fois qu'elle se retourne dans le lit, en particulier pour passer du décubitus dorsal dans le décubitus latéral droit, qui réalise la position la plus supportable. Souvent (environ un jour sur deux), au cours de l'après-midi, les douleurs revêtaient le caractère de crises de plusieurs heures de durée, avec exacerbation d'une grande acuité.

Coïncidant avec la première apparition des douleurs, en fin mai, et persistant jusqu'à l'opération (27 juillet), se manifestent des alternatives de diarrhée et de constipation. En outre, surviennent des troubles fonctionnels du côté de l'appareil urinaire. Certains jours, M... urine très peu : une ou deux fois dans les vingt-quatre heures et en très petite quantité, tandis qu'elle éprouve des douleurs hypogastriques surajoutées aux douleurs du flanc et de la région lombaire gauches. D'autres jours, elle urine six ou huit fois, avec facilité, en grande abondance et sans douleur aucune dans le bas-ventre.

An cours du mois de juin, la respiration devient sonvent et progressivement plus difficile. En fin juin, la face est fréquemment violacée. Puis l'état général, qui avait commencé à se modifier avec l'apparition des premières douleurs, s'altère rapidement sous l'influence des insomnies et des troubles fonctionnels intestinaux, urinaires, respiratoires. Le visage se tire; un amaigrissement inquiétant se produit.

Fin juin, on début de juillet, M... « sent remner » dans le côté droit du ventre.

Début jnillet, la situation devient intolérable. M... consulte nn accouchenr, qui propose nn avortement thérapentique et, en attendant la décision de l'intéressée, lui conseille le repos an lit et le régime végétarien.

Les symptômes éprouvés par M... ne font que s'accentuer. Une semaine plus tard environ, le 11 juillet, elle vient me demander conseil.

Au moment de l'examen, le facies est très tiré. Les joues sont violacées avec capillaires distendus. La parole est légèrement saccadée ou entrecoupée, en rapport avec une géne notable de la respiration. Sur les cuisses amaigries, et surtout la gauche, se voient de multiples arborisations veineuses, couleur lie de vin. Les jambes sont légèrement enflées, celle de gauche plus que celle de droite. Les urines renferment de l'albumine. Sur la moitié ganche de la paroi abdominale se dessinent les veines d'nne circulation collatérale accentuée. Au palper, on perçoit l'utérus gravide, du volume d'un utérus de 5 à 6 mois, refoulé à droite; sur sa face antérieure, audessus du pubis, existe une masse fibromateuse indurée, très étendue, et qui saille avec plus de netteté au moment d'une contraction. A gauche de l'utérus, occupant le flanc gauche, descendant en bas sur la fosse iliaque, remontant en haut sous le rebord inférieur des fausses côtes, est une masse longitudinale, épaisse, de consistance faiblement dure, immobilisée, sensible à l'exploration, présentant une sorte de petite encoche sur le bord antérieur, ce qui donne l'impression d'une rate hypertrophiée, impression d'autant plus susceptible de pareille interprétation qu'une zone de sonorité longitudinale à la percussion sépare complètement cette masse, et sur toute sa hauteur, du bord gauche de l'utérus gravide. Au toucher vaginal, l'excavation est trouvée libre, sauf tout en haut où l'on perçoit, derrière le col, une tuméfaction indurée qui semble être un gros fibrome cervical. En somme, il s'agit d'un utérus gravide fibromateux, à côté et à gauche duquel se trouve une tumeur, sur la nature et les connexions de laquelle le diagnostic reste imprécis. Je sollicite un autre examen. Je fais cependant déjà pressentir la probabilité d'une intervention. Je prescris le régime lacté absolu, des boissons diurétiques, un lavement quotidien et la continuation du repos absolu au lit.

Après quelques jours d'une amélioration toute relative, les phénomènes douloureux de l'abdomen se manifestent avec nne intensité nouvelle et excessive, en même temps que la gêne respiratoire s'accuse.

Ces phénomènes nous font envisager de plus en plus la nécessité d'une intervention. Aussi, le 21 juillet, M... entre-t-elle à la maison de santé de l'Observatoire pour y subir les examens complémentaires en vue de cette intervention et pour être opérée d'urgence en cas de complication nouvelle.

Malgré le régime lacté, l'albuminurie persiste. Les mictions sont très espacées et souvent difficiles. Il existe constamment de l'asthénie et de la céphalée. Le sommeil fait défaut.

Le 23 juillet, notre ami le docteur Ertzbischoff examine la femme. L'examen dans le décubitus latéral droit lui montre que la loge rénale du côté gauche est libre. Ertzbischoff élimine toute affection du rein. Il ne porte pas de diagnostic, et, étant donné les phénomènes dyspnéiques, douloureux, de compression intestinale et urinaire intermittente, il partage notre opinion sur la nécessité d'une laparotomie exploratrice et d'une intervention en rapport avec le diagnostic porté *de visu*.

Il était important, d'autre part, d'avoir un avis compétent sur l'hypothèse émise d'une tumeur de la rate. Les signes cliniques sus-énumérés (siège, forme, direction, consistance de la tumeur) pouvaient, nous l'avons vu, en imposer pour une splénomégalie, et l'état général précaire n'était pas pour faire éliminer cette impression.

Dans cet ordre d'idées, si l'on voulait ne pas rechercher l'exception clinique, le diagnostic le plus vraisemblable était celui d'nne leucémie myélogène dont l'hypertrophie splénique est, on le sait, le seul signe clinique. Cependant, quel que soit le degré d'hypertrophie de la rate dans cette affection — et on sait que ce degré peut être considérable, que la rate peut remplir tout l'abdomen — cette hypertrophie ne donne pas lieu aux phénomènes de compression à prédominance unilatérale relatés plus haut, phénomènes de compression qui sont toujours l'expression d'une tumeur enclavée. Oui... mais en pratique tout s'observe... y compris les signes contradictoires... Sachant, d'autre part, que les interven-

tions chirurgicales, même les simples laparotomies exploratrices, peuvent avoir les plus graves conséquences en cas de leucémie myélogène et que, dans les cas douteux (ainsi que le recommandent Vaquez et Laubry) (1), il convient de pratiquer l'examen du sang, nous avons pensé qu'ici cet examen s'imposait.

Cet examen fut pratiqué par notre ami, le docteur Agasse-Lafont, qui nous remit la note suivante :

Prise de sang, le 23 juillet, à 8 heures matin.

Globules rouges : 3.800.000, sans déformation, sans inégalité de volume, sans polychromatophilie, sans hématies nucléées, basophiles, ni granulations.

Globules blancs : 10.000. *Formule* : Poly. neutro, 66; Poly. éosino, 2; Mono, grands, moyens et lympho., 32; Pas de myélocytes.

Il s'en déduisait donc une absence de leucémie, l'existence d'une anémie, l'absence de suppuration, et très probablement l'absence de kyste hydatique. Agasse-Lafont ajoutait, et l'intervention devait confirmer son pronostic, *probabilité de tumeur bénigne*.

Le 24 juillet, M... a un météorisme accusé, se traduisant par une grande et très dure tension de l'épigastre. Pendant toute la journée, elle ne peut rendre de gaz. Elle éprouve des coliques extrêmement vives, surajoutées à ses douleurs abdominales gauches habituelles. Un grand bain, des compresses chaudes sur le creux épigastrique et un lavement purgatif provoquent l'émission de gaz par en haut et par en bas.

Le 27 juillet, nous pratiquons la laparotomie, aidé par les docteurs Eudes et Chahrun. Chloroformisateur : docteur Chevalier. La femme est placée en position très légèrement déclive et un peu inclinée sur le côté droit. Nous faisons une longue incision remontant notablement au-dessus de l'ombilic. L'utérus est découvert. Sa face antérieure est occupée sur plus de deux tiers de sa surface par un volumineux fibrome sessile; elle présente, en outre, plusieurs autres petits fibromes. Le long du bord gauche de l'utérus descendent des anses intestinales, qui ne peuvent être qu'incomplètement refoulées pour le moment et difficilement maintenues par de grandes compresses. La main pénètre alors dans la région gauche de l'abdomen et l'explore rapidement; elle contourne, par le haut, le pôle supérieur d'une volumineuse tumeur, descend sur sa face postérieure et rend compte, qu'en dehors de quelques adhérences molles facilement rompues, cette tumeur est tout à fait libre, sauf au niveau de son insertion à droite. Elle est bien enclavée dans sa loge abdominale; aussi est-ce avec peine qu'elle est énucléée hors du ventre, entraînant avec elle l'utérus gravide sur le bord gauche duquel elle est fixée par un large et épais pédicule. Il s'agit d'un volumineux fibrome. L'intestin est refoulé par les compresses en arrière de la masse totale (utérus gravide fibromateux et tumeur fibreuse). L'utérus, dont la face postérieure est maintenant accessible, présente plusieurs noyaux fibreux saillants, et un volumineux fibrome appartenant à la partie postéro-inférieure du corps utérin et postérieure du col. Le volume énorme du pédicule de la tumeur juxta-utérine, sa fixation sur le bord utérin dans la région des gros vaisseaux contre-indiquent une myomectomie et imposent une hystérectomie, que la dégénérescence fibro-myomateuse presque totale de l'utérus gravide fait faire moins à regret. L'hystérectomie supra-vaginale est pratiquée de gauche à droite. L'amputation est très basse, voisine de l'insertion vaginale, afin d'éviter, si possible, l'ouverture des membranes et l'issue du liquide amniotique, afin aussi de passer au-dessous de la grosse masse fibreuse postéro-inférieure. Les pédicules sont liés au catgut. Péritonisation. Drain n° 40. Fermeture de la paroi en trois plans.

Les suites furent simples. Le surlendemain de l'opération, la température rectale et le pouls atteignaient leur maximum (T. 38°,7, P = 92). Le troisième jour, la température était de 38° et 38°,2, le pouls à 80 et 88. A partir du quatrième jour, la température rectale demeura au-dessous de 38° et le pouls ne dépassa pas 88. Pendant les trois premiers jours, on fit 500 grammes de sérum. La quantité d'urine émise fut de 800 à 950 grammes. Le quatrième jour, la quantité d'urine évacuée dépassa le litre et se maintint à ce taux. L'albumine disparaissait. Le drain abdominal fut changé de jour en jour, pendant cinq jours, et supprimé le sixième. Lors des premiers pansements, il fut fait de l'aspiration. La première aspiration ramena environ deux cuillerées à soupe de sang noirâtre. Ablation des fils le huitième jour. Le dixième jour, l'alimentation fut laissée au choix de M... qui ne présenta plus aucun signe fonctionnel, respiratoire, intestinal, urinaire, ni aucune douleur. Le sommeil reparut, en même temps que la mine devint excellente. Par prudence excessive, mais de mise après les hystérectomies sur utérus gravide, le lever ne fut permis que le vingt-huitième jour. Les varices avaient alors disparu presque entièrement et, le 25 août, M... quittait la maison de santé en parfait état.

Fig. 1.

* * *

Examen de la pièce. — La section de l'utérus gravide passe immédiatement au dessous du pôle inférieur de l'œuf, qui apparaît intact sous forme d'une petite saillie convexe, bleutée, tendue par le liquide amniotique et entourée partout de tissu fibromateux (*a*). En arrière, ce tissu sectionné constitue le volumineux fibrome de la partie postéro-inférieure de l'utérus, à implantation surtout cervicale, ayant presque le volume du poing. Ce fibrome est celui que le toucher avait reconnu à la limite supérieure de l'excavation.

Face antérieure. — La hauteur de l'utérus, mesurée sur la face antérieure de la ligne de section à la partie la plus élevée du fond, est de 22 centimètres. Sur cette face antérieure, se voit la large et épaisse saillie du fibrome que le palper faisait percevoir. Cette saillie (A), qui recouvre les deux tiers de la surface utérine antérieure et affleure à gauche l'insertion du ligament rond, est intéressée en bas par la section opératoire. Elle mesure 14 centimètres de hauteur sur 12 centimètres de largeur. Sur le bord gauche de l'utérus et en haut, immédiatement en arrière de l'insertion du pédicule utéro-ovarien, et perceptible à la vue antérieure par suite d'un déplacement accentué du bord gauche de l'utérus en avant, est un fibrome du volume d'un petit œuf (*b*). Il existe d'autres fibromes sur la face antérieure : l'un d'eux, qui siège au-dessous et à droite de la grosse saillie, est séparé de celle-ci par un sillon; la coupe de la pièce nous montrera mieux son importance.

Attenant au bord gauche de l'utérus, ou plutôt à la partie de la face postérieure la plus rapprochée de ce bord (puisqu'insérée en arrière du ligament utéro-ovarien et du feuillet postérieur du ligament large), est la volumineuse tumeur fibreuse présentant une encoche antérieure, l'encoche qui était perçue au palper profond. Cette masse a 19 centimètres de hauteur, et (mesurée entre deux plans parallèles) 14 cent. d'épaisseur. Elle est séparée de l'utérus par un profond sillon longitudinal, dont le fond est constitué par la face antérieure du pédicule. Ce pédicule a 9 centimètres de hauteur. La profondeur du sillon (mesurée entre le plan de la face antérieure du fibrome et le plan de la face antérieure du pédicule) est de 6 à 7 centimètres. C'est en avant de ce sillon que se plaçait l'intestin, qui, percuté, interposait sa sonorité et empêchait d'établir la continuité entre les deux zones mates de l'utérus gravide et de la tumeur fibreuse.

Fig. 2.

Face postérieure. — Du bord inférieur de la grosse masse fibreuse cervicale postérieure au fond utérin, la face postérieure de l'utérus mesure 28 centimètres; le fibrome cervical a

(1) Vaquez et Laubry. Les leucocytoses chirurgicales. (*Presse Médicale 1903*).

7 centimètres de bauteur. Cette face postérieure en différents points est bosselée par plusieurs autres saillies fibromateuses.

La volumineuse tumeur fibreuse gauche a sa face postérieure et la face postérieure de son pédicule sur le même plan que celui de la face postérieure de l'utérus. Le pédicule a 9 centimètres de bauteur. Son épaisseur est de 6 à 7 centimètres.

Quelques adhérences molles rattachaient le fibrome cervical et le pédicule de la volumineuse tumeur au péritoine postérieur.

Coupe de l'utérus. — L'utérus est ouvert par une section frontale, allant du bord gauche au bord droit. Cette section est cependant un peu oblique, puisqu'elle passe à gauche, immédiatement en arrière du pédicule utéro-ovarien et à droite en avant du ligament rond. En bas, elle intéresse la petite calotte membraneuse du pôle inférieur de l'œuf. Le liquide amniotique, d'aspect normal, s'échappe au moment de la coupe.

On voit alors le fœtus en présentation du siège, dos à droite, son bras antérieur et aplati, déprimé par la saillie interne du gros fibrome (A) de la paroi utérine antérieure, saillie qui se dessine bien (A') sur la face interne de la calotte de section.

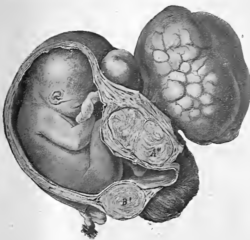


Fig. 3.

Le fœtus (qui, en attitude fléchie, mesure du siège au sommet de la tête 16 centimètres) est assis sur la saillie antérieure d'un fibrome intrapariétal (B', fig. 3), fibrome dont la saillie extérieure se dessinait sur la face antérieure de l'utérus, au-dessous et à droite de la grosse masse A. Ce fibrome a 5 centimètres et 4 centimètres de diamètre. En face et un peu plus haut, la figure 3 nous montre la coupe d'une saillie fibromateuse A" et qui n'est autre qu'une dépendance de la masse fibreuse principale (A) de la paroi antérieure. La surface A" de la coupe mesure 9 centimètres de hauteur sur 6 centimètres de largeur.

Les deux masses A" et B' délimitent, en dessous et à gauche du siège du fœtus, un chenal étroit, prolongé en bas par le pôle inférieur de l'œuf, ici en infundibulum. Le chenal a 7 centimètres de longueur, 2 centimètres de largeur en haut, 1 centimètre de largeur à la partie moyenne.

Au-dessous et en arrière de ce chenal (fig. 3) apparaît la volumineuse masse fibreuse cervicale.

La calotte antérieure obtenue par la section (fig. 4) est tapissée d'une caduque épaissie et jaune en certains points. Elle présente la saillie interne (A') du fibrome A de la face antérieure et la coupe des deux moitiés des tumeurs A" et B', dont l'une A", nous l'avons déjà dit, paraît n'être qu'un prolongement de A'. Entre les deux coupes de section des deux masses A" et B' se voit, encore mieux que sur le reste de l'utérus, l'étroit chenal qu'aurait eu à traverser le fœtus, si le passage par les voies naturelles eût pu être possible. La saillie A', au point où elle comprime le bras du fœtus, mesure 6 centimètres d'épaisseur.

La volumineuse tumeur fibreuse pédiculée est incisée sur son bord gauche. Sa partie supérieure commence à subir une dégénérescence et on y voit des géodes remplies de liquide colloïde.

* * *

Au point de vue clinique, nous pouvons tirer de cette observation une première déduction : à savoir combien l'existence d'un signe anormal et exceptionnel, tenant à une disposition anatomique, peut rendre le diagnostic incertain. L'existence du bile profond de 6 à 7 centimètres séparant la tumeur fibreuse de l'utérus gravide, permettait à l'intestin de s'insinuer en avant de lui; et la percussion donnait sur toute la bauteur du bord gauche de l'utérus une zone de sonorité séparant complètement les 2 zones de matité de l'utérus gravide et de la tumeur du flanc gauche. Cette zone de sonorité persistait même dans le décubitus latéral. On était donc tout naturellement porté à rattacher la tumeur du flanc gauche à un autre organe que l'utérus. Certes, la présence des fibromes perçus sur la face antérieure de l'utérus gravide, celui qu'avait révélé le toucher vaginal, la notion de primiparité âgée faisaient bien supposer que cette tumeur pouvait être un fibrome pédiculé. Mais il ne pouvait s'agir que de soupçons, si l'on tient compte d'autres constatations qui renforçaient la valeur du siège anormal de la sonorité perçue à la percussion dans le cas présent; telle la situation de la tumeur, sa pénétration en haut sous les fausses côtes, sa descente en bas sur la fosse iliaque, telle la zone de matité oblique en bas et en avant qu'elle donnait à la percussion pratiquée dans le décubitus latéral droit, telle son immobilité lors du déplacement de la femme, telle son encoche antérieure reconnue à la palpation, telle sa consistance faiblement dure (que la dégénérescence colloïde constatée à la coupe devait expliquer), telle l'altération profonde de l'état général. Tout cet ensemble était plutôt en faveur d'une splénomégalie. De simples nuances cliniques, sur lesquelles nous avons déjà insisté et sur lesquelles il est bon de revenir, pouvaient faire rejeter ou tout au moins réserver ce diagnostic. Elles consistaient dans le siège et la modalité des phénomènes de compression. Ces phénomènes de compression n'existent pas au cours d'nne



Fig. 4.

splénomégalie simple; il est vrai que, dans le cas particulier, ils pouvaient s'expliquer et être secondaires au refoulement de l'utérus gravide fibromateux par la tumeur splénique. Soit. Mais alors, ils n'auraient pas dû prédominer à gauche.

Dans les cas difficiles, les erreurs de diagnostic sont fréquentes et bien souvent l'ouverture du ventre rectifie un diagnostic par trop savant. Aussi, dans l'incertitude, n'avons-nous pas bésité à demander des examens complémentaires. Nous en avons dit les résultats. Ces examens eurent pour but d'écarter une affection rénale, d'éliminer une leucémie. Et s'ils laissèrent en suspens le diagnostic réel, ils autorisèrent une laparotomie exploratrice, indiquée par les phénomènes de compression, et qui devait permettre d'agir d'après les constatations directes.

Une autre remarque s'impose. C'est que ce ne sont pas les fibromes les plus volumineux qui sont les plus dangereux, qui donnent les accidents les plus graves au cours de la grossesse. Nombreux sont les fibromes *énormes* soit du fond, soit du corps, soit du segment inférieur de l'utérus, qui ont été fort bien tolérés et n'ont donné lieu à aucune complication pendant la gestation et qui, même, ont permis un accouchement spontané. Par contre, des fibromes petits ou moyens ont pu donner lieu à de sérieux accidents, et cela, dès les premiers mois de la grossesse : tels ces fibromes plutôt de petit volume, sous-péritonéaux, pédiculés, et qui se tordent sur leur pédicule; tels ces fibromes de moyenne grosseur, qui ne s'élèvent pas bors de l'excavation et déterminent, par compression dans le bassin de l'utérus gravide en voie d'accroissement, des phénomènes précoces d'enclavement. *La forme des fibromes, leur situation surtout, leur disposition par rapport à l'utérus gravide et par rapport aux organes voisins, sont chez la femme grosse facteurs de gravité, bien plus que le volume.* Notre cas en est une preuve nouvelle. La masse fibromateuse de 19 centimètres de hauteur et 14 centimètres d'épaisseur rentre dans la catégorie des fibromes de moyen volume. En-

clavée au-dessus de la fosse iliaque gauche, immobilisée dans cette situation sur cette fosse, elle était bien placée pour comprimer l'S iliaque, l'uretère gauche, les vaisseaux iliaques gauches et donner lieu à des troubles que nous vous avons signalés : alternatives de diarrhée et de constipation, phénomènes d'hydronéphrose intermittente, compression vasculaire se traduisant par la circulation veineuse collatérale de la moitié gauche de la paroi abdominale, l'œdème et les varices des membres inférieurs plus marqués à gauche qu'à droite.

***

Au point de vue thérapeutique, nous croyons que la conduite suivie était la seule bonne. Commandée par l'incertitude du diagnostic, elle ne l'eût pas moins été dans le cas où le diagnostic exact eût pu être précisé. L'avortement thérapeutique, dont nous ne parlons que parce qu'il fut proposé, est à rejeter dans des cas analogues. Il n'éclaire pas le diagnostic, laisse la tumeur en place et expose souvent à de graves complications. En l'espèce, il eût vraisemblablement abouti à une catastrophe; nous ne voyons pas comment le fœtus eût franchi l'étroit chenal inter-fibromateux, que l'étude anatomique de la pièce met en évidence.

Lorsque le ventre fut ouvert, lorsque nous nous fûmes rendu compte de la dégénérescence fibro-myomateuse générale de l'utérus gravide, et constaté que la tumeur annexée avait un pédicule très haut, très épais, inséré sur la zone la plus vasculaire de l'utérus, nous avons considéré que c'était une faute de tenter l'ablation seule de la tumeur et de faire une myomectomie. Dans une communication faite en collaboration avec M. Lepage (1) concernant une myomectomie sur utérus gravide, nous avons mis en relief la facilité d'ablation de la tumeur, la simplicité de la décapsulation et, par contre les difficultés de l'hémostase. Ces difficultés sont corroborées par la plupart des opérateurs qui ont pratiqué des myomectomies sur utérus gravide. Dans notre cas, par suite du voisinage immédiat des gros vaisseaux utérins, ces difficultés nous paraissaient être maxima et l'hémostase impossible à r aliser.

L'hystérectomie a été simple. Elle fut facilitée par la longue incision abdominale, toujours à recommander en pareilles circonstances, lorsqu'une exploration de la cavité abdominale est rendue nécessaire et que l'on s'attend à un aléa quelconque. Il suffit ultérieurement, pour maintenir les anses intestinales en place, de saisir les lèvres de la paroi avec deux pinces Museux et de croiser celles-ci, agissant en somme comme il est de coutume lors des grandes incisions abdominales faites en vue des césariennes ou des hystérectomies sur utérus gravide à terme. L'inclinaison latérale droite de tout le corps nous a favorisé l'exploration du côté gauche et l'énucléation de la tumeur. Une précaution à prendre au moment de la section de l'utérus, c'est de couper, ainsi que nous l'avons indiqué à la description de l'opération, le plus près possible de l'insertion vaginale, afin d'éviter l'ouverture de l'œuf et l'écoulement de liquide amniotique sur les compresses. En l'espèce, l'ouverture d'un œuf aseptique n'avait pas grande importance mais c'était néanmoins question de principe à ne pas négliger.

La critique, toujours facile, dira peut-être qu'attendre davantage avant d'opérer eût été désirable, que, peut-être, les accidents se fussent calmés un jour, que la même opération eût peut-être pu être différée dans le voisinage du terme de la grossesse, et qu'il eût alors été possible de donner à cette femme, dont la stérilisation s'imposait, au moins un enfant vivant. Certes, nous n'eussions pas hésité à agir ainsi si les différents troubles relatés, l'amaigrissement progressif et les modifications de l'état général, malgré le repos absolu et l'hygiène spéciale, ne nous avaient pas convaincu du danger réel qui existait à remettre l'intervention. Cette femme nous parut gravement menacée et à brève échéance. Nous n'avons pas voulu qu'une temporisation plus longue pût, selon l'heureuse expression de M. Richelot, faire dépendre « d'un miracle » le résultat opératoire et la vie de la femme.

(1) Lepage et Mouchotte, Annales de Gynécologie, 1906

Le Ministère de la Santé publique

Par M. E. BUSSAT
Député de Paris

Nous sommes heureux de publier la très intéressante lettre que vient de nous adresser l'honorable député de Paris, M. Bussat :

Mon cher directeur,

Vous avez bien voulu me demander mon impression sur l'idée du ministère de la Santé publique que mon excellent collègue, M. Coreil, député du Var, a lancée dans votre estimée publication.

Il y a longtemps que cette idée est dans l'air et c'est avec grand plaisir que j'ai lu l'article si documenté de M. Coreil, auquel je m'associe, pour demander cette création si désirée par tous les Congrès d'hygiène et tous les philanthropes.

La proposition de loi que j'ai eu l'honneur de déposer à la Chambre des députés, le 30 janvier dernier, a précisément pour but de rattacher les services d'hygiène et d'assistance du ministère de l'Intérieur, au ministère du Travail où ils doivent logiquement et normalement être placés.

A plusieurs reprises, en effet, on a signalé les liens étroits qui rattachent entre elles les questions relatives à l'hygiène et à l'assistance.

Les sociétés savantes, les Congrès ont toujours, à l'unanimité, contribué à mettre en relief l'incidence que ces questions exercent les unes sur les autres : dès que l'hygiène progresse, que la connaissance de ses mesures pénètre dans les masses populaires, la morbidité, la mortalité diminuent, et par voie de conséquence, les dépenses de l'assistance s'abaissent dans les mêmes proportions. Inversement, les services d'assistance peuvent connaître les sources du mal, et par des mesures sanitaires appropriées, améliorer l'hygiène général.

D'autre part, les conditions du travail ont une répercussion incontestable sur l'hygiène : règlement de la durée du travail, minimum de salaires permettant un minimum de bien-être indispensable; suppression du travail à la tâche, chômage, maladies professionnelles, etc.

Aussi, conçoit-on, que depuis longtemps les esprits éclairés aient demandé, sous des titres différents, la constitution d'un ministère qui grouperait les questions du travail, d'assistance et d'hygiène.

Rappelons la proposition de Louis Blanc, en 1848, à l'Assemblée constituante, celle de Camille Raspail, en 1886, à la Chambre des députés; enfin, la proposition de M. Vaillant, reproduite à plusieurs reprises depuis 1893 et demandant la création d'un ministère du Travail, de l'Hygiène et de l'Assistance.

M. Clemenceau, en réalisant la création d'un ministère du Travail, a hésité d'aller jusqu'au bout de sa pensée et il a maintenu les services d'hygiène et d'assistance à l'Intérieur, à côté des services de la Sûreté générale, ce qui, on en conviendra sans peine, correspond à un état d'esprit plutôt regrettable, car les services d'hygiène s'inspirent sans doute de ce voisinage pour prescrire trop souvent des mesures vraiment draconiennes dans certains cas où des mesures de persuasion et de conciliation seraient indispensables.

C'est ainsi encore que dernièrement le ministère de l'Intérieur introduisait un projet de loi modifiant la déclaration en matière de maladies contagieuses, en proposant pour le médecin, ou le chef de famille tout à sa tristesse et à sa douleur si compréhensibles en cette circonstance, et qui ne feraient pas la déclaration, une lourde amende et, en cas de récidive, plusieurs jours de prison !

Il ne fallut rien moins qu'une intervention énergique de M. le sénateur Strauss pour remettre les choses au point.

Ces procédés coercitifs, et qui soulèvent de légitimes critiques, s'associent comme il convient à une politique de centralisation à outrance des services d'assistance et d'hygiène, alors que le Parlement, à maintes reprises, a manifesté ses tendances décentralisatrices.

D'ailleurs, notre campagne porte déjà ses fruits et notre projet rencontre des approbations précieuses et autorisées. Sa réalisation est des plus facilement exécutables.

Hier, n'avons-nous pas vu le nouveau ministre des Travaux publics, M. Charles Dumont, constituer le service des Postes et Télégraphes en service autonome. De même, au ministère de la Justice, le Gouvernement a rattaché les services pénitentiaires qui étaient à l'Intérieur et on ne peut qu'approuver une décision qui rend justement au garde des sceaux l'application des peines et la surveillance des condamnés. Ces transformations démontrent que l'organisation présente des ministères réclame une modification sérieuse.

Aussi bien, les services d'hygiène qui intéressent au plus haut point l'existence du pays, doivent-ils être centralisés dans un organisme unique. Aucun obstacle ne paraît s'opposer à la constitution du ministère de la Santé publique, et, en attendant, la réunion au ministère du Travail des services d'hygiène et d'assistance du ministère de l'Intérieur, constituerait une amélioration immédiate qui donnerait à la nouvelle administration sanitaire, l'autorité et le prestige si nécessaires à sa mission civilisatrice.

Veuillez, etc.

La Mélitococcie

SIGNES CLINIQUES ET TRAITEMENT

Par le Dr SCIALOM (de Tunis)
De la Faculté de Montpellier
De l'Institut de Médecine coloniale de Paris
Médecin des Hôpitaux (1)

Clinique. — La mélitococcie ou fièvre ondulante est connue depuis longtemps en Tunisie grâce aux médecins italiens et à nos confrères militaires. Mais c'est seulement en 1894 que pour la première fois à Tunis le Dr Morpurgo en parle dans nne communication (Hôpital italien de Tunis). Le Dr G. Funaro en fait une description clinique complète plus tard (Institut de Carthage) Enfin le Dr Ch. Nicolle (Institut Pasteur de Tunis) l'identifie au point de vue hactériologique. Grâce à MM. G. Funaro et Ch. Nicolle, la fièvre ondulante a droit de cité d'une façon définitive et scientifique à Tunis. Tomaselli en parle en Italie dès 1873 et Bruce en 1893 découvre le micrococcus Melitensis.

Début. — Généralement avec *prodromes:* céphalée, fatigue générale, inappétence, constipation (tableau d'un emharras gastro-intestinal hanal ou fèhrile).

Quelquefois sans prodromes.

Ce qui attire l'attention dans tous les cas, c'est la *fièvre* qui s'installe graduellement, avec rémissions matinales surtout au début, généralement sans frisson, quelquefois surprend. Cette fièvre est capricieuse, ondulante, c'est-à-dire par périodes hypertbermiques coupées par un temps d'apyrexie de durée variable.

La *céphalée* disparaît souvent, sauf chez les névropathes, avec l'augmentation de la fièvre.

Les douleurs vagues, l'abattement, l'insomnie du dèhut, si ces deux derniers symptômes persistent pendant la période d'état, n'arrivent jamais à atteindre le degré d'intensité qu'ils ont dans l'infection éberthienne.

Dans la fièvre ondulante, quelquefois même avec une température élevée, on est étonné de constater chez le fébricitant un *état général* bon et une lucidité d'esprit excellente.

Pouls. — Généralement *tachycardie.* Le nombre des pulsations n'est pas en accord avec l'ascension thermique. Pouls 120, température 37°5 p. ex. (anémie, surrénales).

Appareil digestif. — Généralement peu touché. Inappétence, quelquefois appétit conservé. Vomissements. Douleur au creux épigastrique. Constipation. Ventre souple. Pas de douleur à la fosse iliaque droite, pas de gargouillement.

Rien au *cœur*. Quelquefois myocardite.

L'*appareil respiratoire,* généralement indemne sauf quelques râles de hronchite, toux sèche, congestion des bases.

Rate et *foie* non hypertrophiés en général.

Pas de *taches rosées* ou très rarement.

Pas d'*enterorragies* on exceptionnellement.

Pas d'epistaxis.

(1) *Synonymie.* — 1° Fièvre méditerranéenne; 2° Fièvre de Malte; 3° Rock-fever (Gibraltar); 4° Fièvre du pays, fièvre folle (Tunis); 5° Febbricola (Italie); 6° Infection de Bruce (D. Scialom); Fièvre ondulante.

Les *pseudorhumatismes,* les *névralgies,* les *orchites* généralement à la défervescence ou pendant la convalescence sont des « petits signes » d'une haute valeur diagnostique. La chute des *cheveux* n'est pas plus fréquente que dans la fièvre typhoïde.

Les *troubles nerveux* et les *psychoses* sont plus fréquentes chez les Israélites et rares chez les Musulmans.

Ces *sueurs* spontanées sont quelquefois mais très rarement le signe avant-coureur de la *défervescence* qui peut être définitive dans les *types* à 3 ou 4 septenaires rappelant la fièvre typhoïde hénigne. La température recommence encore son ascension dans le *type ondulant* pour des raisons futiles.

Aucune lésion *anatomo-pathologique* pathognomonique.

Microcus militensis par l'*hemoculture.*

Séro-réaction de Wright positive à 1/50 au moins (Ch. Nicolle).

Penser aux associations infectieuses (Eberth, paludisme, etc...) (Dr D. Scialom, Soc. sc. méd. de Tunis, 1906-07.)

Traitement. — Pas de traitement spécifique. La *sérothérapie* n'a pas donné encore de résultats suffisants et concluants (Wright, Ch. Nicolle, Trambusti et Douzelli).

Traitement *anti infectieux.* — Collargol en injections intraveineuses, 5 centigr. par jour (D. Scialom, Soc. des sc. med. de Tunis, 1906-07).

Electrargol en injections sous-cutanées, 5 à 10 c. c.

Bleu de méthylène 0.10 à 0.25 centig. (le regretté Dr Scemama, de Tunis, et Hôpital Garibaldi).

Ce sont des médications à essayer sans inconvénients et peut-être avec profit, pourvu que l'on soit sûr de la qualité des produits.

Traitement des *symptômes.* — Tous les *antithermiques.* Les plus employés en Tunisie depuis longtemps par tous les praticiens d'ici sout le pyramidon Creil et la cryogénine Lumière (Naamé). Il faut en surveiller l'emploi et ne pas le prolonger outre mesure.

Hydrothérapie. — Quand l'*hyperthermie* et l'atteinte du *système nerveux* l'exigent : bains, draps mouillés, lotions, glace.

Constipation. — Purgations de temps en temps et lavements. Surveiller et faire fonctionner les *émonctoires :* tube digestif, foie, rein, peau...

Diète. — Lait, eau, tisanes, liquides.

Après les trois ou quatre semaines, si la température tarde trop à tomher complètement et ne dépasse pas 37°5, permettre une alimentation plus épaisse et même solide pour susprendre dès que l'élévation thermique se produit. On peut éviter ainsi un trop grand amaigrissement et une anémie inquiétants quelquefois.

Durée. — Dans le cas où la fièvre ondulante est grave on prolongée, essayer les *abcès de fixation* (l'idée en appartient au Dr Morpurgo et la réalisation au Dr Cattan). Je les ai essayés, avec succès quelquefois.

Les changements de chambre, d'appartement, de maison, de quartier, de ville, de *climat,* les *traversées* en mer réussissent assez souvent. Ne pas avoir de traitement systématique: il faut savoir varier et adapter la médication aux cas cliniques.

Etat général. — Toniques. Diète ni trop absolue ni prolongée. *Arsenic :* cacodylate sonde 5 centigr. ou arrhénal 10 centigr. par jour en injections. On mieux encore le Globéol (6 pilules par jour) qui n'est pas toxique comme l'arsenic et a un effet très rapide et constant.

Vomissements et douleur au creux epigastrique, vessie de glace. Potions Rivière n° 1 et n° 2, eau chloroformée, au besoin suspendre toute hoisson et remplacer l'alimentation huccale par des lavements alimentaires et injections de sérum artificiel.

Tachycardie. — Adrénaline au 1/1000e (Naamé) 10 à 15 gouttes.

Faire le traitement de tous les symptômes en les hiérarchisant, faire autant que possible de la thérapeutique physiologique en attendant la réalisation de la plus rationnelle qui devra être étiologique et pathogénique.

Luxations récidivantes

Par M. le Professeur QUÉNU (1)

Il s'agit d'un homme de 46 ans, exerçant la profession de charretier. Il est entré une première fois dans le service il y a un an, et il est revenu une seconde fois, il y a un mois. L'année dernière, cet homme fut atteint d'une luxation de l'épaule sous-coracoïdienne. C'était la douzième luxation qu'il présentait, la première datant de l'année 1892. Actuellement, nous venons de traiter sa quatorzième luxation.

Comment se sont produites ces luxations ? La première survint à l'occasion d'une chute sur l'épaule. D'autres se produisirent à la suite de mouvements brusques : une fois, quand il chargeait un fardeau sur sa voiture ; une autre fois au moment où il jouait avec ses enfants. La première fut réduite à la Pitié, les autres furent réduites assez facilement, mais pas toujours cependant. A deux reprises, on dut lui donner du chloroforme. La luxation de 1909 présenta des particularités remarquables. L'interne avait essayé, sans succès, la réduction à la consultation. Puis, on donna du chloroforme qui ne réussit pas ; le malade, du reste, alcoolique, prenait mal l'anesthésique. J'eus recours, ensuite, aux injections de cocaïne, sans résultat. Je ne voulus pas pousser les choses plus loin et je me décidai à pratiquer une opération sanglante pour réduire et empêcher la reproduction de la lésion. Il se passa alors une chose curieuse. Un jour, vers 4 heures de l'après-midi, le patient fit un mouvement, cessa de souffrir et cette luxation, qui avait résisté aux moyens de douceur et à l'anesthésie, se réduisit d'elle-même. Le malade sortit de l'hôpital, ne voulant plus être opéré. Il revint, il y a un mois, à propos de sa quatorzième luxation, décidé cette fois à l'opération.

Je l'ai opéré le 14 avril. J'avais l'intention de faire une capsulorrhaphie. Les opérations pour luxations récidivantes ne sont pas jusqu'à ce jour nombreuses. Ceux qui ont publié des mémoires sur ce sujet n'ont réuni que 40 à 50 observations. Je m'attendais à trouver ce que l'on a nommé la boursouflure de la capsule, que je me proposais de diminuer comme on diminue un vêtement un peu ample. Je ne rencontrai aucune espèce de boursouflure. Il n'y avait pas là la poche plissable que l'on a signalée, et il était impossible de pratiquer une plicature, une capsulorrhapie. Je réséquai la moitié de la tête humérale et vis que la cavité glénoïde offrait des altérations au niveau de son bord antérieur. Je notai l'absence de bourrelet glénoï-

(1) Leçon faite à l'Hôpital Cochin.

dien, sans dénudation osseuse cependant, puisqu'il y avait, au-dessus, du tissu fibreux. En avant du bord antérieur, j'aperçus un trou, une poche qui constituait l'habitation de la tête humérale. La capsule, en un mot, au lieu de s'insérer sur le bord antérieur de la cavité glénoïde, était désinsérée. Je constatai encore une lésion intéressante, un petit corps étranger du volume d'un haricot, pédiculé et rattaché à la capsule.

Voilà un malade chez lequel, en résumé, j'ai pratiqué une résection partielle de la tête humérale et fermé la porte par laquelle sortait cette tête. Je ne veux pas juger aujourd'hui mon opération dont les résultats ne sont pas assez définitifs. Je désire simplement profiter de ce cas pour vous parler des luxations récidivantes.

On désigne sous ce nom des luxations qui ont tendance à se reproduire. On les appelle encore luxations habituelles. Connues depuis longtemps, leur histoire n'est pas cependant ancienne. Les premières observations véritablement intéressantes et complètes datent, en effet, de 1880. Cela se comprend. Les occasions de pratiquer des autopsies de luxations récidivantes sont rares, et de fait, il n'en existe pas de pièce au Musée Dupuytren. Les constatations anatomiques ne pouvaient être faites que par les procédés opératoires — l'opération étant une sorte d'autopsie localisée — ou par les nouvelles méthodes d'exploration, comme la radiographie. La radiographie, de même que les opérations de ce genre, sont d'origine récente. La première intervention opératoire date de 1883, par conséquent de 27 ans seulement.

Comment ces luxations se produisent-elles? La première survient comme toutes les luxations en général. Les suivantes se font dans des conditions différentes, à propos de mouvements divers. M. Berger rapporte le cas d'un homme du monde qui se luxait l'épaule en mettant les manches de son habit, en épaulant son fusil. Il existe une observation concernant un étudiant qui se fit une luxation de l'épaule, étant au bain, au moment où il changeait de position et cherchait à se mettre de la position dorsale à la position ventrale, pour nager. Dans d'autres observations, un malade se luxa l'épaule en prenant un bocal, un autre en chargeant un fardeau, un autre (un charretier) en faisant claquer son fouet, un autre en lançant une boulette à un chien, un autre en attrapant une balle, etc.

La fréquence des luxations, chez chaque malade, est variable. Notre opéré en était à sa quatorzième luxation. C'est loin d'être le chiffre le plus élevé. J'ai le souvenir d'un homme à qui j'avais réduit 4 fois une luxation de l'épaule et qui revenait à l'hôpital pour la quarantième fois. Le Fort cite l'exemple d'un homme dont les luxations récidivantes se produisaient quelquefois presque quotidiennement et même plusieurs fois dans la journée. Vous comprenez quelle infirmité cela constitue chez des gens ainsi mis bien des fois dans l'impossibilité de gagner leur vie. Ils préféraient souvent une ankylose.

Les luxations récidivantes présentent-elles des particularités au point de vue de la réduction? Comment se réduisent-elles? D'une façon irrégulière. J'ai cité tout au long l'observation de notre malade. Chez lui, à sa douzième luxation, alors que ni les moyens de douceur, ni l'anesthésie générale, ni l'anesthésie locale, n'avaient permis la réduction, celle-ci se fit spontanément à un moment donné. Il y a des observations qui se rapprochent de la nôtre. Certains malades réduisent leur luxation assez facilement. Ils connaissent les manœuvres employées par les chirurgiens qu'ils ont consultés. Ils se font tirer sur le bras et même se tirent eux-mêmes. L'homme du monde cité par Berger se suspendait et arrivait à réduire sa luxation ainsi. Ces tentatives ne réussissent pas toujours. Le malade de Berger essaya en vain un jour de corriger sa luxation par les moyens qui lui avaient donné jusque-là un résultat satisfaisant. M. Berger pratiqua, à son tour, le Kocher sans résultat et il dut s'adresser au chloroforme.

Pourquoi ces difficultés et pourquoi ces luxations qui se réduisent seules? Pourquoi ces résistances à côté de ces facilités? Voilà une question qui n'est pas encore claire et je suis moi-même assez embarrassé pour y répondre. Dans la luxation ordinaire, le procédé de Kocher et l'anesthésie générale suffisent toujours. Là, au contraire, il n'en est plus ainsi, ce qui montre que la contracture musculaire n'est pas, dans ce cas, le seul obstacle à la réduction.

Je vais passer à une autre question. Pourquoi ces luxations sont-elles récidivantes? Une luxation de l'épaule se produit par un mouvement venant rompre la capsule en certains endroits moins résistants. L'emboîtement de la tête humérale dans la cavité glénoïde est d'ailleurs mauvais, la glène étant peu creusée. La capsule articulaire offre des renforcements décrits par Farabeuf, au nombre de trois en avant, le plus faible correspondant à l'échancrure du bord antérieur de la glène. C'est là où se fait la déchirure et la luxation en avant Farabeuf a très bien montré que toutes les luxations en avant se produisaient au même endroit.

Dans les luxations récidivantes, quelles sont les constatations qui ont été faites? Trois méthodes ont permis ces constatations : l'autopsie (rare), les opérations, la radiographie. Dans les opérations, les résections seules fournissent quelques données. Sans elles, il est impossible de constater quoi que ce soit. Je ne veux pas dire que la résection soit une opération avantageuse, mais je considère qu'elle seule permet de voir quelque chose. Voici ce qui a été constaté : la laxité de la capsule articulaire d'abord, laxité que je n'ai pas notée chez notre malade. On a trouvé que la capacité de la cavité articulaire, qui normalement est de 28 centim. cubes de mercure, pouvait aller jusqu'à 90 cent. cubes. Une deuxième lésion intéressante, c'est la déchirure de la capsule sur le rebord glénoïdien. On a vu aussi des lésions de la tête humérale, l'arrachement des muscles de la grosse tubérosité, etc.

Nous allons revenir sur la désinsertion de la capsule. Broca et Hartmann ont présenté une pièce où il y avait décollement du fibro-cartilage : il existait en avant une cavité. Ils ont interprété ce cas comme un décollement sous-capsulo-périostique. Chez notre malade, il n'en était pas de même. Il n'y avait pas de dénudation de l'os, le bord de la glène restant tapissé par du périoste. Il y avait eu déchirure, désinsertion de la capsule au bord antérieur de la glène. Désinsertion ou décollement sont deux choses différentes.

J'ai cherché à savoir quelle pouvait être la fréquence respective de l'une et l'autre lésion. Dans une observation de Picqué, le bourrelet était disparu en bas et en dedans. Dans un cas de Manclaire, la capsule était déchirée en bas et en avant. Dans un cas de Fiessinger, on ne trouvait pas de déchirure, mais une séparation de la capsule du rebord glénoïdien. Vous voyez, en somme, que l'on constate plutôt une désinsertion qu'un arrachement du fibro-cartilage.

Quelles altérations a-t-on rencontrées sur le bord antérieur de la cavité glénoïde? Broca et Hartmann l'on trouvé un peu émoussé. On a vu l'os arraché, le cartilage déchiré sur ce rebord. Ces lésions du rebord glénoïdien ont été constatées à l'autopsie, par des résections et par des radiographies.

Les Médecins pour la Paix

UN PROCHAIN CONGRÈS

L'Assemblée générale annuelle des Membres de l'Association, a eu lieu le 21 mars à 8 h. 1/2 du soir, à son siège habituel, 25, rue des Mathurins, à Paris, sous la présidence du Dr J.-A. Rivière, président-fondateur.

Après une allocution du président, le Dr J. Mazery, secrétaire général, a lu son rapport annuel sur les actes et manifestations diverses de l'Association. Le trésorier a rendu compte de sa gestion et le président a ensuite mis aux voix la date du prochain Congrès. Le mois d'octobre est l'époque choisie. Il a été décidé que les sujets suivants, feraient l'objet de rapports distincts à soumettre à la discussion du Congrès :

Titres des rapports

1° des rapports internationaux ; 2° de la langue internationale ; 3° de l'éducation internationale ; 4° de l'hygiène internationale ; 5° de la circulation internationale ; 6° de la vie internationale ; 7° de la santé internationale ; 8° le libre-échange nécessaire à la santé internationale ; 9° du cerveau international ; 10° de la morale internationale ; 11° de l'unification des poids, des mesures, des monnaies ; 12° justice internationale ; 13° tribunaux internationaux ; 14° de l'harmonie universelle.

Allocution du Président

Dr J. A. Rivière, président-fondateur de l'Œuvre

Après une année de quiétude à peu près complète, il semble que ces jours derniers, d'après certains quotidiens, de nouveaux nuages apparaîtraient à l'horizon politique. Serait-ce le fait d'ententes personnelles entre souverains, en dehors de toute consultation nationale ? Serait-ce le résultat de quelques combinaisons louches que l'honnêteté générale ne peut concevoir ? Serait-ce encore le besoin de nouvelles sensationnelles ? ou bien s'agirait-il de quelques diversions nécessaires à l'orgueil et à l'ambition de quelques-uns ? ou devons-nous avouer plutôt la tare atavique qui fait que la force brutale apparaît aux yeux de beaucoup comme l'unique solution ?

Pour nous, notre confiance dans la force de l'idée nouvelle qui a parcouru son cycle dans le monde, ne se concilie pas avec l'aberration générale : la Guerre, comme nous l'avons dit, dès le premier jour de notre réunion, équivaudrait aujourd'hui, par la puissance même des engins destructeurs, à l'anéantissement des deux parties belligérantes, et cela au grand bénéfice d'un troisième larron.

Cet argument qui, à lui seul, montre l'inconscience de ceux qui s'imaginent se fortifier pour l'attaque, est celui que nous n'avons cessé de mettre en avant, vis-à-vis de tous ceux qui, dans le monde, exercent une action quelconque dans les affaires internationales.

Il semble aujourd'hui superflu de montrer qu'une ambition démesurée est la cause des armements actuels. Chacun veut répondre à l'effort disproportionné de son voisin. Ce cercle vicieux, entre tous, est celui dans lequel nous tournons sans apercevoir le gouffre qui se refermera sur nous.

Nos plus belles énergies absorbées, immobilisées dans l'œuvre de Mort, tel est le résultat d'une mentalité qu'il importe de réformer.

Cette réforme peut se faire en partant de deux points extrêmes :

Réformer, comme nous l'avons dit, l'éducation dès le berceau, et cela en supprimant du passé ce qui nous reste d'enseignement barbare.

Doter immédiatement l'humanité de l'organe recteur, indispensable à la solution des conflits internationaux.

Cet organe que réclame et que commande la fonction internationale existante, doit être, non pas l'émanation des Gouvernements, mais bien celle des corporations des différents États.

L'arbitrage est une étape de grande valeur : l'arbitrage obligatoire est, comme nous le proclamions dès notre première réunion, une nécessité.

Mais les tribunaux où les intérêts corporatifs et les intérêts individuels se trouveraient contre-balancés, constituent la sauvegarde des nations et de l'humanité.

C'est à cette tâche, Messieurs, que nous devons nous atteler parce qu'elle est la clef de voûte du nouvel édifice.

Extraits du Rapport annuel

du Dr J. Mazery, secrétaire général de l'Association

Notre Association entre aujourd'hui dans sa septième année d'existence, — l'âge de raison de notre humanité ! Les jours d'anniversaires sont des jours de fêtes quand ils viennent commémorer la noblesse de l'Idée et la générosité de l'Effort ; à l'agréable devoir qui m'échoit de relater notre marche en avant vers notre idéal de Justice et de Vérité, s'ajoute le plaisir de tenir ma mission de votre sympathie.

Messieurs, dans l'année qui vient de s'écouler, les Associations et Groupements Pacifistes ont été un peu, comme les peuples heureux, selon le vieil adage : ils n'ont pas eu d'histoire... ou plutôt leur histoire fut un chant de victoire, car la semence répandue à pleines mains a déjà poussé des racines si profondes chez les peuples plus conscients et mieux avertis que le seul mot de « Guerre » paraît un anachronisme.

C'est vous dire que l'année 1910, au point de vue extérieur, n'a causé aucune alarme sérieuse et que notre Association, pas plus que les autres Groupements pacifistes, n'a eu à intervenir pour calmer les esprits. Ne croyez point pour cela que notre rôle ait été purement contemplatif.

L'Effort, en ces douze derniers mois, ne le cède en rien à celui qui marqua les années précédentes ; aussi bien les résultats obtenus et auxquels je faisais allusion, il y a un instant, témoignent-ils de l'efficacité de la propagande pacifiste.

En ce qui concerne notre groupement humanitaire, notre sympathique président a continué, avec la même activité, le même généreux esprit, à répandre autour de lui l'Idée saine et juste ; sa propagande quotidienne a fait mieux connaître en France et à l'Étranger, et, partant, estimer davantage, le noble but que nous poursuivons ; notre petite armée s'est renforcée de nouvelles et précieuses adhésions ; elle deviendra bientôt la Grande Armée, plus admirée encore que sa devancière d'illustre mémoire, puisque ce sont les étendards de la Justice, de la Solidarité et de la Fraternité qu'elle promènera, triomphants, à travers les nations réconciliées dans le même amour d'Humanité !

Mais, cette armée, importante déjà, qu'est notre groupement pacifiste, importante par le nombre et par l'esprit qui l'anime, vous souvient-il, Messieurs, de ses débuts, des difficultés de l'entreprise courageuse de notre ami Rivière ; des obstacles de toutes sortes qu'il eut à surmonter ; des résistances ou des hésitations, des réticences ou des timidités qu'il rencontra à l'origine et qu'il sut si bien vaincre par sa parole persuasive, par sa conviction communicative ?

— « Vous ne réunirez pas dix médecins sur ce terrain », lui disait-on, au début ; et aujourd'hui c'est en phalanges serrées et sous le même drapeau que nous marchons à l'assaut des derniers préjugés, sur lesquels le Dieu Mars avait bâti son temple sacrilège !

Jetons un regard sur ces six années écoulées depuis la fondation de notre œuvre et n'oublions pas, mes chers confrères, que notre succès est celui de Rivière, que les résultats inespérés obtenus sont son œuvre !

Il a, vous le savez, sacrifié sans compter, pour la réussite de notre idéal, son cœur, son esprit, et disons-le : son argent, puisque seul, il a fait personnellement, tous les frais multiples et considérables nécessités par sa propagande quotidienne.

Il a réussi parce qu'il était convaincu.

Il a réussi parce qu'il a été persévérant, parce qu'il s'est adonné tout entier à son idéal, parce que, possédant un organe à grand tirage, il a fait servir cette arme puissante à la propagande de nos idées humanitaires, l'envoyant à des centaines de mille exemplaires dans tous les pays, à tous ceux qui, par leur situation politique ou sociale, sont susceptibles de rendre service à notre cause : Gouvernements, Chefs d'État, Parlements, Magistrature, Ambassades, Consulats, Corps constitués, Corps médical, Presse de tous les pays, etc., etc.

Notre cher Président a réussi parce que, pour ce travail considérable, il a dépensé et dépense encore sans compter, et que, chaque jour, dans son Établissement comme dans sa Maison de santé, plusieurs aides sont attelés à la besogne pour les besoins de cette propagande de tous les instants.

N'oublions pas, en effet, Messieurs, que souvent pour obtenir une adhésion il a fallu frapper cent fois à la même porte et que le nombre de recrues que compte notre groupement est le résultat d'un effort colossal presque inimaginable.

Presque toutes les adhésions qui nous sont parvenues sont dues à l'effort personnel de Rivière. Disons toutes.

Nous devons aussi des remerciements à notre aimable et distingué confrère, le Docteur Lucien Graux, et au Colonel, Docteur George Brown, d'Atlanta (Géorgie) pour les adhésions qu'ils nous ont amenées.

Nous n'oublions pas, et nous lui en exprimons toute notre reconnaissance, que le Docteur Lucien Graux nous a donné quelquefois l'aide précieuse de son important organe : *La Gazette Médicale de Paris* et cette collaboration est grandement appréciée.

XVIIIe Congrès Universel de la Paix

Le 18e Congrès Universel de la Paix qui devait avoir lieu à Stockholm, du 29 août au 3 septembre 1909, avait été remis à 1910 pour des raisons d'ordre intérieur et vu l'intensité des troubles qui, par suite d'une grève à outrance, paralysait la vie nationale en Suède en 1909.

Le Congrès de 1910 eut un grand et légitime succès.

Notre Association y fut représentée.

Nos très distingués et sympathiques confrères, dont les noms suivent, y furent nos délégués.

Les professeurs Charles Richet ; Gilbert Ballet ; V. Uchermann, professeur à l'Université de Christiania ; les Drs Macnaughton Jones, de Londres ; Philippeau et Antonelli ; Lucien Graux ; sir James Chrichton, de Dumfries (Angleterre) ; le professeur Axel Johannessen, de Christiania ; les Drs H. Boucher, de Contrexéville ; Sanchez de Silvera, de Nantes ; Tison, médecin de l'hôpital Saint-Joseph ; Charles Vidal, de Castres ; Xavier de Benavent, de Barcelone ; Carlos da Silva, directeur de l'hôpital S. José, à Lisbonne ; sir Robert Cooper, à Glenthorn (Angleterre) ; l'honorable député, Dr Terwagne, d'Anvers ; le Dr J. Vindevogel, de Bruxelles.

Nous vous demandons, Messieurs, de voter des félicitations aux distingués confrères qui acceptèrent d'être nos délégués et d'y joindre l'expression de notre sincère reconnaissance.

Congrès mondial des Associations internationales (Bruxelles, 9, 10 et 11 mai 1910)

Sur l'incitation qui lui en fut faite par les organisateurs, notre Association s'est fait représenter à cet important Congrès.

Un travail avait été demandé à notre président.

Sous le titre de : *Notre conception d'une Humanité future*, vous avez lu les belles pages écrites sur la question par notre sympathique confrère.

Ce travail a paru dans le volume des *Actes et manifestations diverses de notre Association*, volume qui vous a été adressé en son temps.

Nos délégués au Congrès de Bruxelles ont été nos très distingués confrères : les professeurs Charles Richet ; Jules Félix ; Felice La Torre ; les Drs Antonelli, Peyré, Boucher, C. Hahn, Mazery, Hullmann, de Torrès Mendiola, J.-A. Rivière, Lux, Graux, Pineau, Van Bogaert et Vindervogel.

***

Le 21 mars de l'année dernière, dans mon compte rendu général, je vous disais que notre cher président, imbu de ce principe qu'une éducation nouvelle produira seule la génération nouvelle et une saine mentalité, avait fait des démarches auprès des fabricants d'appareils et de films cinématographiques, appelant leur attention sur la portée éminemment moralisatrice que pourraient avoir, sur le cerveau si malléable de l'enfant, des spectacles d'où seraient exclus à jamais les représentations du vice et du crime.

Ve Congrès international d'obstétrique et de gynécologie, Saint-Pétersbourg, 11-24 septembre 1910.

Notre Président saisit toutes les occasions de semer l'idée féconde, au nom de notre groupement humanitaire. C'est ainsi qu'au Ve Congrès international d'obstétrique et de gynécologie qui eut lieu à Saint-Pétersbourg le 11 septembre dernier, il prononça la très belle allocution que voici, avec l'assentiment du Président et du Secrétaire général du Congrès, à la séance d'inauguration.

« Après les éminents représentants des gouvernements « et des comités nationaux, qu'il soit permis à l'Association médicale internationale contre la guerre, qui « compte déjà plus de deux mille membres et qui a, « dans son comité d'honneur, les plus hautes sommités « médicales de chaque pays, de saluer ici, dans ce « brillant aréopage international, la cause sacrée de la « solidarité humaine appuyée par la science, la conscience et la raison.

« Dans cette belle ville de Saint-Pétersbourg qui « évoque tant de souvenirs élevés, berceau de tant « d'illustres esprits, sur cette terre qui vit éclore tant « de nobles actions, il m'est particulièrement agréable « de rappeler, au nom de notre Association pacifique, « que c'est d'ici que partit le souffle généreux qui donna « naissance à la première conférence de La Haye et que « tout le mérite en revient au souverain du plus vaste « empire d'Europe, qui a acquis ainsi des droits sacrés « à la reconnaissance des peuples. »

« Profondément respectueux de la noble idée de « patrie, nous envisageons, pour l'avenir, un idéal de « justice et d'équité international, dont la conséquence « ne peut manquer de conduire à la disparition des « conflits armés et des fléaux que toute guerre traîne à « sa suite.

« Ces assises internationales, qui ont pour but la « préservation de la vie humaine, sont la manifestation « des sympathies qui unissent les peuples et qui scellent « les amitiés. »

Le Dr Rathery conclut ainsi :

L'effort de Rivière est d'autant plus méritoire que la tâche qu'il a entreprise est particulièrement ingrate, si nous la considérons au point de vue professionnel, particulièrement délicate. Seule, peut-être, une conviction comme la sienne pouvait forcer des sympathies, des amitiés et l'admiration dans cette mission périlleuse qui risquait d'éveiller des susceptibilités, des jalousies sinon la médisance ; oui, Messieurs, mission périlleuse entre toutes et courageuse s'il en fut, puisque son intervention humanitaire peut aller à l'encontre de ses intérêts professionnels.

Mais nous n'avons plus à faire l'éloge de son désintéressement : n'a-t-il pas fait personnellement tous les frais considérables de la fondation de notre belle œuvre ? N'a-t-il pas fait et ne fait-il pas encore, personnellement, chaque jour, tous les frais multiples de notre vaste propagande ?

Je n'insiste pas, Messieurs.

Vous avez jugé.

Vous connaissez nos étapes successives dans notre marche en avant pour le Bien, pour le Mieux, dans ces six premières années. Ma mission s'arrête là pour aujourd'hui.

Dans quelques instants, notre président soumettra à votre approbation le choix de la date exacte de notre prochain congrès.

Toutefois, avant de terminer, mes chers confrères, je viens vous rappeler que, ce soir même, nous devrons procéder à un nouveau vote.

La période de six ans, prévue par nos statuts, et les pouvoirs que vous nous aviez conférés par votre vote unanime, le 21 mars 1905, expirent aujourd'hui.

Le Congrès Médical de la Paix, qui va s'ouvrir bientôt, sera des plus intéressants. On a vu, en tête de cet article, la liste des questions qui y seront traitées. Que tous ceux de nos lecteurs qui voudraient envoyer, soit un rapport, soit une communication sur ces sujets, n'hésitent pas à le faire, même s'ils ne pouvaient venir au congrès.

Que tous les amis de la paix, adhèrent à la Société où, on le sait, on n'exige aucune cotisation.

BULLETIN D'ADHÉSION

Je soussigné (nom et prénoms) ____________________

____

désire faire partie de l'« Association médicale internationale pour aider à la suppression de la guerre » et donner mon adhésion au Congrès qui se tiendra en 1911.

Signature et adresse complète :

Les adhésions à cette œuvre doivent être adressées au Président-Fondateur, le Dr J.-A. Rivière, 25, rue des Mathurins, à Paris.

DANS LES HOPITAUX

La Grenouillette [1]

Par M. le Pr KIRMISSON

J'ai fait venir, pour vous la présenter, une fillette qui offre un exemple intéressant de grenouillette. C'est une enfant, de bonne santé habituelle, entrée à l'hôpital, il y a quinze jours. Trois semaines avant son admission dans le service, sa mère s'est aperçue qu'elle avait une tuméfaction anormale du plancher de la bouche gênant la déglutition.

Lorsque vous regardez la petite malade, vous être frappés de la déformation considérable de son nez. La partie cartilagineuse de celui-ci paraît rentrer dans la partie osseuse; le nez est un peu en lorgnette, mais ceci n'a aucun rapport avec la grenouillette.

Quand on fait ouvrir la bouche de l'enfant, on aperçoit une tuméfaction considérable qui soulève tout le plancher buccal, occupe la ligne médiane et se prolonge de chaque côté. La tumeur n'est pas régulièrement coupée en deux par le filet de la langue; la partie droite est plus volumineuse que la gauche. Vous notez encore la coloration bleutée de la lésion qui tranche avec la coloration du filet et des papilles. Quant à la consistance, elle est tout à fait molle, fluctuante, manifestement liquide. La langue est soulevée par la masse pathologique.

Nous constatons, d'autre part, à la région sous-maxillaire droite, l'existence d'une tuméfaction volumineuse, arrondie, sans adhérences de la peau, de consistance molle, analogue à celle de la tumeur du plancher de la bouche. Il était indiqué de rechercher si l'on pouvait transmettre la fluctuation de la tumeur sublinguale à la tumeur sous-maxillaire. Cette recherche a été négative et on ne sent pas entre les deux lésions de communication évidente. Il est probable qu'elles sont indépendantes. Il était utile, enfin, de s'enquérir de la perméabilité du canal de Wharton. C'est une exploration délicate. Chez cette enfant, on n'a pas réussi, dans deux tentatives, à pénétrer dans le canal. Nous pourrons renouveler ces tentatives.

Remarquez, en passant, l'état des dents de la petite malade. On voit sur les incisives médianes, à la mâchoire supérieure, des encoches nettes, en cupules, caractérisant la déformation dentaire de Hutchinson. Rapproché de la déformation nasale, ceci indique l'hérédo-syphilis. Nous n'avons trouvé aucun autre signe d'hérédo-syphilis.

Nous sommes donc en présence d'un exemple de grenouillette remarquable par son volume, et par ce fait qu'il y a aussi une grenouillette sus-hyoïdienne coexistante.

La question des grenouillettes est une des questions les plus obscures de la pathologie chirurgicale. Le nom de grenouillette n'a d'ailleurs aucun sens. On l'a donné peut-être à cause de la présence en cette région des veines ranines (rana, grenouille), ou à cause du défaut de prononciation que provoque l'affection. On a décrit sous ce nom des tumeurs très dissemblables, des tumeurs kystiques des glandes salivaires, des masses graisseuses, des angiomes (grenouillette sanguine). De là, découle une certaine confusion.

On en distingue deux variétés, la grenouillette sub-linguale et la grenouillette sus-hyoïdienne, qui sont isolées, ou associées, comme chez notre petite malade. La plus fréquente est la grenouillette sub-linguale. Elle occupe le plancher buccal, soulève la langue et la région du frein, et forme là, sur un des côtés du plancher de la bouche, une tuméfaction mollasse, bleutée, contenant un liquide muqueux, filant. Ce liquide n'a pas cependant les caractères de la salive: il ne réagit pas comme celle-ci aux agents chimiques.

Les grenouillettes s'observent chez les sujets jeunes. Pour ma part, j'ai été frappé du nombre de grenouillettes que j'ai rencontrées chez les enfants.

La pathogénie de cette affection est très discutée. On est d'accord pour en placer le siège dans les glandes salivaires. On a pensé qu'il s'agissait d'une dilatation du canal de Wharton. A la vérité, en dehors de quelques rares exemples d'oblitération congénitale du canal de Wharton, cette oblitération ne se voit pas. Il arrive que le canal de Wharton est le siège de corps étrangers, de calculs. Le canal, alors, se distend; la glande se distend également, mais elle offre une tuméfaction douloureuse, à tel point que l'on a décrit ces accidents sous le nom de coliques salivaires. Or, ces phénomènes aigus n'existent pas dans la grenouillette. Donc, dans l'immense majorité des cas, le canal de Wharton n'entre pour rien dans la genèse des grenouillettes.

On a incriminé les glandules sub-linguales, l'oblitération des petits canaux secondaires de la glande sub-linguale amenant l'ectasie des petites glandules.

Je vous ai dit que la grenouillette sus-hyoïdienne était moins fréquente que la grenouillette sub-linguale. Les caractères de la lésion sont ceux de la grenouillette sub-linguale. C'est une tumeur sous-maxillaire arrondie, régulière, plus ou moins molle, ayant l'apparence d'une tumeur liquide. Elle s'observe le plus ordinairement en coïncidence avec la grenouillette sub-linguale. On rencontre des faits où la grenouillette sub-linguale guérie est suivie de grenouillette sus-hyoïdienne, et on s'est demandé si la récidive ne se faisait pas du côté sus-hyoïdien. Gosselin, dans son article du *Compendium*, s'était rallié à cette opinion. On a discuté pour savoir si la lésion sus-hyoïdienne était indépendante ou si elle ne constituait pas un prolongement de la lésion sub-linguale. Il existe des tumeurs qui renvoient la fluctuation de l'une à l'autre, et d'autres, au contraire, où on ne peut pas renvoyer le flot. Il est possible que les deux ordres de faits soient réels. M. Dieu a présenté une observation dans laquelle il a pu démontrer le prolongement entre les deux grenouillettes. Depuis lors, un anatomiste, M. Marc Sée, dit avoir rencontré des petits prolongements de la glande sub-linguale. De même, Morestin a vu, à la faveur d'écartement des fibres musculaires, des petites glandes sub-linguales venant proéminer à la région sus-hyoïdienne.

A côté de cette pathogénie qui fait de la grenouillette un kyste salivaire, Recklinghausen en a élevé une autre. Il a montré que la grenouillette pouvait se développer aux dépens des glandes de Blandin ou de Nühn. On est allé plus loin. On a observé des cas dans lesquels la lésion émanait du canal de Bockdaleck; d'autres où elle pouvait tenir à des inclusions analogues aux kystes dermoïdes.

Vous le voyez, la question de la pathogénie des grenouillettes est assez obscure. On admet généralement leur développement aux dépens des glandes salivaires, mais cette notion ne répond pas à tous les cas. Bon nombre ont une autre origine. A côté des kystes liquides, il y a des tumeurs enkystées, des kystes dermoïdes, des lipomes du plancher de la bouche. J'ai soigné, dernièrement, en ville, un petit malade intéressant à ce point de vue. C'est un enfant de 11 ans qui m'a été présenté pour une tumeur sous-maxillaire ayant subi des poussées. Je ne trouvai rien du côté buccal. J'extirpai la tumeur et l'examen montra qu'il s'agissait d'un kyste séreux congénital.

Le traitement des grenouillettes n'a pas moins préoccupé les chirurgiens que la pathogénie. Il est difficile de faire une extirpation complète de la lésion, qui est adhérente aux organes du plancher de la bouche. On s'est ingénié à trouver des procédés qui, tout en ne comportant pas l'extirpation, soient néanmoins suffisants. On s'est adressé aux injections modificatrices de teinture d'iode, de chlorure de zinc. On a fait des excisions partielles suivies de cautérisations du fond de la poche. On peut arriver ainsi à la guérison, mais les récidives sont à craindre.

Quand il s'agit d'une grenouillette sus-hyoïdienne, les chirurgiens sont aujourd'hui d'accord pour préconiser l'extirpation. L'intervention cause une petite cicatrice, mais celle-ci peut être ordinairement cachée. J'ai l'intention, chez notre petite malade, de pratiquer l'extirpation. S'il y a communication entre les deux tumeurs, la grenouillette sublinguale se videra d'elle-même. Sinon, nous aurons à traiter ensuite cette grenouillette sub-linguale.

(1) Leçon faite à l'hôpital des Enfants-malades.

CARNET DU PRATICIEN

Gargarisme contre l'amygdalite

Acide phénique	1	gramme
Acide boriqne.	5	—
Antipyrine	5	—
Glycérine	50	—
Eau distillée....... Q.S. p.	500	centigr.

Lotions cosmétiques

Lait virginal

Eau de rose................	900	grammes
Teintnre de myrrhe.....	10	—
— opoponax....	10	—
— benjoin	10	—
— quillaya..q. s. p.		émnlsionner

Passez à travers une étamine.

Brillantine

Huile de ricin, de pied de boeuf, etc.............	100	grammes
Salol ou acide salicylique	0.25—1	gramme
Teinture de benjoin, baume du Pérou...q. s. p.		aromatiser

Engelures

Sur les engelnres il est de bonne pratique courante de faire des badigeonnages avec des composés dn genre de cenx-ci :

Glycérine	30	grammes
Teinture d'iode	1	—
Teinture d'opium............	1	—

on de glycérine iodée au 1/3 on 1/2.

Les onctions de pommades à l'iehtyol, an camphre, an tanin, sont également utiles, avec par exemple:

Lanoline....................	10	grammes
Ichtyol.....................	1	—

ou :

Lanoline	10	grammes
Hnile camphrée.............	1	—

on bien des attonchements avec :

Ean distillée..........	10 à 50	grammes
Tanin.................	2 à 6	—
Résorcine.............	2 à 6	—
Ichtyol...............	2 à 6	—

En cas d'nlcérations les applications topiques de nitrate d'argent, de baume du Péron, d'ichtyol, de tanin, de liniment oléo-calcaire phéniqué à 1/200, seront utilisés avec profit sons un épais et chaud pansement onaté.

L'imprimeur soussigné certifie que ce numero a été tiré à 40.000 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 33, rue J.-J. Rousseau

Le Gérant : Docteur Lucien-Graux.

REVUE D'ASSURANCES

NOTRE NOUVEAU SERVICE

Nous sommes heureux de faire part à nos lecteurs de la réalisation d'un projet qui leur prouvera une fois de plus notre désir de leur être agréable.

A partir de ce jour, notre nouveau service de *Détaxe de Contributions et d'Assurances* est mis gratuitement à leur entière disposition.

Nous nous sommes adjoint le concours d'une Commission de techniciens spécialistes de premier ordre qui les renseignera sur toutes les questions qui seront soumises à son examen.

Les attributions de notre nouveau service sont des plus étendues, voici la nomenclature des principales :

Contributions : Imposition foncière, contribution mobilière, cote personnelle, patentes, taxe de chevaux, voitures et automobiles.

Assurances : Incendie, accidents, responsabilité civile, vol, vie.

Nous publierons d'ailleurs dans nos prochains numéros quelques chroniques documentaires. (Voir ci-dessous notre chronique : *Contributions*.)

Les avis donnés par ces spécialistes sont *entièrement gratuits*.

Adresser la correspondance à la *Gazette Médicale*, service des Détaxes. (Joindre une enveloppe affranchie pour la réponse.)

Contributions

Une récente décision du Conseil de Préfecture de la Seine a modifié la taxe contributive des voitures automobiles. Contrairement au principe appliqué jusqu'à ce jour, la force minima servira dorénavant de base à l'imposition.

Exemple : *Une voiture 14/20 HP ne sera désormais taxée que sur 14 HP.*

Il est à présumer que les percepteurs n'appliqueront pas spontanément cette réduction aux propriétaires de voitures pour l'année 1911, et que les intéressés devront se défendre contre les prétentions du fisc.

Par suite de la revision décennale de la propriété bâtie, les taxes d'imposition de l'année 1911 serviront de base pendant *dix ans* à la répartition de la contribution foncière.

Les propriétaires ont donc le plus grand intérêt à faire reviser, cette année, leurs feuilles d'impositions pour s'éviter d'avoir à payer, pendant dix ans, une taxe supérieure à celle que le fisc doit légalement leur réclamer.

Il est de la plus grande importance pour les contribuables de formuler leurs réclamations avec une grande prudence et une grande précision.

Avec prudence, parce que des déclarations faites à mauvais escient peuvent entraîner pour l'imposé des changements dans la forme de l'impôt qui, par ricochet, peuvent lui amener une augmentation de taxe à la place du dégrèvement qu'il sollicite.

Avec précision, parce que le dégrèvement qui doit porter sur telle ou telle taxe doit être sollicité avec méthode en indiquant les motifs et les raisons qui le motivent, sous peine de voir échouer la réclamation.

REVUE IMMOBILIÈRE

Des lecteurs nous demandent souvent des renseignements immobiliers, nous leur donnons ci-dessous quelques indications de nature à les intéresser par leur caractère particulièrement avantageux.

Il n'est donné de réponses que par lettres adressées aux bureaux du journal au nom du signataire.

PASSY

1° Près de l'avenue **Henri-Martin**, un hôtel très intéressant à vendre 150.000 fr. ; il contient 2 salons, 6 chambres, salle de billard, petit jardin. Occasion exceptionnelle. Vue sur de nombreux jardins.

ÉTOILE

2° Dans une rue avoisinant la **place de l'Étoile**, charmant petit hôtel comprenant deux salons, salle à manger, bibliothèque, sept chambres de maîtres, salle de bains, lingerie et deux chambres de domestiques. Cour où il est possible d'installer une remise à auto. Très avantageux au prix de 240.000 francs.

3° A **Auteuil**, maison moderne, construction de tout premier ordre. Revenu 21.350 fr. Prix : 300.000 fr. contrat en mains, soit 5.35 0/0 quart déduit.

4° Près du **boulevard Malesherbes**, maison 15 ans, construction de tout premier ordre. Revenu : 17 300 francs. Prix : 260.000 francs, contrat en mains. Dû 130.000 francs au Foncier.

Propriétés rurales

5° A quatre minutes de la **gare du Pecq**, dans une situation très saine et pas humide, jolie villa très confortable, avec six chambres de maîtres, toilettes, salle de bains, dans un jardin très bien entretenu de 7.000 mq. entièrement clos ; on traiterait à 50.000 francs.

6° Aux environs de **Vendôme**, beau château de construction moderne, avec 3 salons, salle de billard, 7 chambres à coucher, dans un parc de 5 hectares, potager d'un hectare, étang poissonneux d'un hectare, 6 hectares de bois, 6 hectares de terres et prairies, soit une contenance totale de 18 hectares. Véritable occasion à 60.000 francs.

De Sorbier.

REVUE FINANCIÈRE

Le marché qui avait été hésitant ces derniers temps s'est sensiblement relevé. C'est le commencement de la hausse tant attendue.

Les causes d'inquiétude se sont dissipées et il n'y a plus aucun nuage à l'horizon. Le Nord a maintenu son dividende de 72 francs et cette décision a produit un excellent effet sur le compartiment des chemins de fer.

Parmi les valeurs les plus intéressantes aux cours actuels et susceptibles de plus-value, signalons :

La Banque de France qui cote 4000 francs (après avoir été, à pareille date, à 4290 en 1910 et 4295 en 1909) et rapporte 3 fr. 64 0/0. La Banque de Paris et des Pays Bas qui donne du 4 fr. 16 0/0 à 1799. La Société Générale a fait d'importantes réserves et va détacher son coupon. A 782 coupon attaché elle est bonne à prendre. On la verra à 800 coupon déduit avant peu.

Les chemins sont toujours discutables. Si on maintenait les dividendes actuels (mais que peut-on affirmer avec les lois nouvelles en préparation ?) ils rapporteraient bien. L'Est donne du 3 fr. 87 0/0, le Lyon du 4 fr. 74, le Midi du 4 fr. 92, le Nord du 4 fr. 50, l'Orléans du 4 fr. 63.

Parmi les fonds d'Etats, l'Extérieure espagnole se tient bien à 98 fr. 75 sur l'annonce de l'adoption par la Chambre du projet du ministre des Finances relatif à l'amortissement de la dette dans un délai de 50 ans ; le Turc unifié a un peu faibli en raison des troubles d'Albanie.

Parmi les valeurs industrielles, signalons tout spécialement les Sucreries d'Egypte qui ont baissé ces jours-ci et qui vont certainement gagner quelques points, une usine devant être édifiée prochainement et la marche de l'affaire étant en excellente voie.

Il en est de même pour les Motor Cab qui malgré une direction mauvaise donnent d'heureux résultats, soit plus de 10 0/0 aux cours actuels. Des administrateurs *français* viennent d'être nommés et on a annoncé cette semaine le départ du directeur. Les cours ont aussitôt monté. Nous avions d'ailleurs fait présager cet évènement au cours de 61 francs. On touche actuellement 67 fr. 50. On arriverait à 80 francs rapidement que nous n'en serions pas surpris. La valeur intrinsèque de l'action est de 150 francs et ce cours sera atteint dès que l'affaire sera bien conduite.

Les valeurs industrielles russes sont en pleine reprise. La Maltzoff a fait un bond prodigieux : 250 francs par titre en une semaine ! La Hartmann est en hausse et va monter d'une façon certaine. Le Platine est en progression marquée. Tout le groupe est entraîné.

Les mines commencent à être recherchées, mais avec prudence. Signalons spécialement la Central Mining et la Rand Mines qui selon nous doivent subir une augmentation sensible.

Les troubles du Mexique sont terminés et les valeurs de ce groupe vont regagner le terrain perdu.

La Banque Nationale du Mexique et la Banque Centrale Mexicaine, ces deux excellentes valeurs à bon revenu, vont évidemment reprendre leurs anciens cours. Il n'y a aucune raison pour qu'elles restent au cours actuel. Une très bonne valeur, les Québec Railways, vient de détacher son coupon n° 1 trimestriel de cent sous soit un rendement de 20 fr. par an pour un titre de 321 fr. Cette affaire entre en plein rendement et comme elle commence seulement à donner des dividendes, elle doit normalement gagner un cours en rapport avec ce qu'elle distribue.

A. S. Weil.

82e Année (Série XIIIe) — N° 89 Le Numéro : 25 Centimes Mercredi 12 Avril 1911

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

Abonnements et Vente au Numéro
Librairie Médicale J. ROUSSET
1, Rue Casimir-Delavigne
PARIS

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale........ 15 fr.
Edition Espagnole .... 10 fr.
Edition Portugaise.... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

DIRECTION & RÉDACTION
11 bis, Rue Villebois-Mareuil, PARIS
DIRECTEUR :
Dr LUCIEN GRAUX
Lauréat de l'Institut

Ancienne *Gazette de Santé*
(139e Année)

Hors concours, Membre du Jury
Exposition franco-britannique 1908
Vice-Prés. Expos. Bruxelles Cl. 16

ÉCHOS

Société d'études scientifiques sur la tuberculose.

La Société d'Etudes scientifiques sur la tuberculose, fondée il y a cinq ans, vient de modifier ses statuts et de se transformer en une société ouverte, analogue à la Société de Pédiatrie et à la Société de Dermatologie. Chacun peut dorénavant présenter devant cette Société ses travaux, à la condition qu'ils soient d'ordre scientifique, et que le communicateur, comme à la Société médicale des Hôpitaux, soit présenté par un des membres de la Société.

En outre des communications, la Société charge quelques-uns de ses membres de faire un rapport sur un certain nombre de questions dont l'étude est à l'ordre du jour. Ces rapports sont discutés en séance.

Les séances, qui sont puhliques, ont lieu à la Faculté de Médecine le deuxième jeudi de chaque mois, à 5 beures très exactement. (Par exception, à cause des vacances de Pâques, la prochaine séance aura lien le premier jeudi, 6 avril).

Le bureau de la nouvelle Société est ainsi constitué : Président, M. le professeur Landouzy; vice-président, M. le professeur Vallée (d'Alfort); secrétaire général, M. Fernand Bezançon; trésorier, M. Nobécourt; secrétaires des séances, M. Léon Bernard, Paris.

La Société est composée de membres titulaires au nombre de 30, qui sont les membres de l'ancienne Société; elle va s'adjnindre 30 memhres adjoints et des membres correspondants.

Les membres adjoints doivent présenter, à l'appui de leur candidature, un travail original qui sera lu en séance et fera l'objet d'un rapport.

Questionnaire à adresser aux syndicats médicaux.

Le Comité de Vigilance dn Congrès des Praticiens, dans sa séance du 15 mars 1911, a décidé qne le qnestionnaire suivant serait adressé anx Syndicats médicanx.

Nombre des Médecins dans votre circonscription médicale.
Angmentation depnis vingt ans.
Diminntion depuis vingt ans.
Population.
Augmentation depnis vingt ans.
Diminntion depuis vingt ans.
Y a-t-il pléthore médicale dans votre circonscription syndicale?
Etes-vous partisan de la limitation?
Comment la réaliser?
Conconrs à l'entrée.
Examens an début.
Examens pendant les études.
Examens avant les études. Qnels baccalauréats?
Observations personnelles.

La physiologie appliquée à l'hygiène industrielle.

M. J.-P. Langlois, agrégé, commencera une série de 12 conférences sur la physiologie appliquée à l'hygiène industrielle, le lundi 1er mai, à 5 heures, au petit amphithéâtre de la Faculté, et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants.

Sujets des conférences : 1. Etude physiologique du travail. — 2. Le moteur humain, son rendement. La ration de travail. — 3. La fatigue. — 4. L'ouvriére et l'enfant. — 5. L'atmosphère industrielle. Le travail nocturne. — 6. Influence des milieux thermiques et hygrométriques. — 7. Les gaz et vapeurs toxiques. — 8. L'air comprimé. — 9. L'air raréfié. — 10-11. Electricité. Effets sur l'organisme des courants à baute et basse tension. — 12. Explosions de chaudières, de grison.

Nouveau sanatorium.

Une somme de 500.000 francs est attribuée à la ville de Saint-Etienne pour la création d'un sanatorium de tuberculeux.

ÉCHOS

A la gloire d'un héros breton. — Monument au docteur Gérald Mesny

Un de nos compatriotes, le Dr Gérald Mesny, vient de mourir, victime de son dévouement à la science, dans des circonstances tragiques qui sont encore présentes à la mémoire de tous.

Médecin de l'infanterie coloniale, il a succombé en Mandchourie avec une grandeur d'âme qui est une des beautés du caractère breton.

Le Dr Mesny était né à Brest, le 28 mars 1869. Il fit ses études au lycée de Brest et à l'École de Bordeaux, d'où il sortit en 1893 comme médecin de la marine.

En 1900, il était envoyé en Chine et mis à la disposition du Ministre de France à Pékin. En 1903, 1904, 1905 et 1908, des épidémies de peste éclatèrent dans le Petchili; elles durent reculer devant les mesures énergiques prises contre elles par le docteur Mesny. Il était, à Tien-Tsin, professeur de l'école de médecine chinoise, lorsqu'éclata la peste qui décime aujourd'hui la Mandchourie.

Les autorités mandarinales lui demandant d'organiser et de diriger les mesures de défense contre le fléau, Mesny estime que son devoir est de se dévouer pour la Chine, qu'il sert depuis douze ans, et, sans hésiter, laissant femme et enfants, il va se mettre à la tête des médecins chinois et braver la mort.

Mesny, atteint à son tour, succombe le 14 janvier dernier, à Foudziadian. Sa mort fut un admirable exemple de courage et d'abnégation. C'est le sourire aux lèvres qu'il partit pour l'hôpital, n'ayant plus qu'une préoccupation : celle de ne pas devenir une cause de contagion pour son entourage.

La Bretagne, la France entière se doivent à elles-mêmes de glorifier ce héros tombé sur le champ de bataille humanitaire.

Un groupement de Bretons parisiens vient de prendre l'initiative d'élever, à Brest, un monument à la mémoire de leur illustre compatriote.

L'exécution du monument est confiée au grand statuaire Jean Boucher.

Un comité d'honneur, dont nous donnerons ultérieurement la composition, est déjà constitué. La présidence en sera offerte au ministre de la Guerre.

Tous les Bretons, tous les Français voudront apporter leur obole à cette œuvre de glorification nationale.

Le comité du monument Mesny est ainsi constitué :

Président : docteur Griffon, médecin des hôpitaux de Paris; vice-présidents : docteur Guépin, chirurgien de l'hôpital Péan; Etienne Chichet, rédacteur en chef de *Paris-Journal*; secrétaire général : Antoine Bott, Directeur de *la Bretagne nouvelle*, 40, rue Trézel; trésorier : Armand Guillon, docteur en droit.

Les souscriptions sont reçues chez M. Armand Guillon, 9, rue de Poissy, Paris-Ve.

Cours pratique sur la Pellagre (10-25 avril 1911.

Un cours sur la Pellagre, comprenant 21 conférences ou démonstrations, aura lieu à Milan, à la clinique des maladies professionnelles, du 18 au 25 avril.

Programme du cours : I. Etiologie de la pellagre. Prophylaxie. Géographie pellagrologique. Législation contre la pellagre. Assistance sociale. Hygiène rurale, par MM. de Probizer, Friz, Menozzi, Pampana, Terni, Soresi.

II. Médecine interne de la pellagre. Séméiotique. Pathologie nerveuse et mentale. Dermatologie. Anatomie pathologique, par MM. Bonardi et Dévoto, Bezzola, Belmondo, Besta, Monti.

Le prix de l'inscription est fixé à 5 francs.

Adresser la cotisation : All'economato degli instituti clinici, via Commenda 12, Milan.

Les chemins de fer italiens accordent une réduction de 40 à 60 0/0, le voyage d'aller étant valable du 14 au 20 avril, celui du retour du 19 au 30 avril.

Pour tous renseignements, s'adresser jusqu'au 5 avril, à M. J.-P. LANGLOIS, professeur agrégé de la Faculté de Médecine, 155, boulevard Saint-Germain, à Paris.

Enseignement de la Radiologie médicale.

Cours de vacances, par le Dr A. Béclère, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, tous les jours de la *semaine avant Pâques, du dimanche 9 au samedi 15 avril.*

Matin : 10 *heures*. — Enseignement des notions théoriques et techniques indispensables à la pratique de la Radioscopie, de la Radiographie et de la Radiothérapie.

Matin : 11 *heures*. — Exercices pratiques de Radioscopie, particulièrement appliqués à l'exploration des organes thoraciques et abdominaux.

Soir : 2 *heures*. — Exercices pratiques de Radiographie, simple et stéréoscopique, des diverses régions.

Le cours théorique est librement ouvert à tous les Étudiants et Docteurs en médecine; il commencera le *dimanche 9 avril, à 10 heures du matin*, dans le laboratoire de Radiologie médicale du Dr Béclère à l'hôpital Saint-Antoine.

Le droit d'inscription pour les exercices pratiques de Radioscopie et de Radiographie est de 100 francs; ils auront lieu à partir du lundi 10 avril. (En raison du nombre forcément restreint des personnes qui pourront y participer simultanément, on est prié de s'inscrire le plus tôt possible).

Assemblée Générale du Syndicat Médical de Paris.

L'assemblée générale du Syndicat médical de Paris a eu lieu à la Faculté de médecine. Après les discours de M. Descouts qui quitte la présidence cette année, de MM. de Pradel et de Spéville, le docteur Pelisse a lu un rapport très documenté sur les *Cliniques des accidents du travail*.

Comme conclusion le Syndicat a voté la résolution suivante :

« Le racolage des accidentés du travail et, à plus forte raison, le détournement de clientèle, sont des procédés blâmables.

Ils sont incompatibles avec la dignité médicale et constituent un acte anti-confraternel. Les médecins qui le pratiqueraient se mettraient eux-mêmes hors des relations professionnelles.

« Sont considérés comme racolage et détournement de clientèle, le fait d'attirer les accidentés ou les clients par l'appât d'une rémunération directe ou par intermédiaire, ou par toute autre promesse. »

Un autre vœu proposé par M. Régis est ainsi conçu :

« Le Syndicat médical de Paris émet le vœu que tout médecin convaincu de racolage soit exclu de nos Sociétés professionnelles. »

L'ordre du jour comportait ensuite : « De la responsabilité des chirurgiens. »

L'assemblée a décidé que cette question serait l'objet d'un rapport pour la prochaine assemblée, et elle a renvoyé, à cet effet, au bureau, les conclusions votées par la Société de l'internat, et la proposition du docteur Granjux : 1° de réclamer pour le médecin l'assistance judiciaire quand elle est accordée au client qui le poursuit; 2° de demander la dualité de l'expertise, l'un des experts étant désigné par le juge d'instruction et l'autre par la défense.

Ont été nommés membres du Conseil les docteurs Berruyer, Birabeau, Bosviel, Carel, Chapon, Chaumont, Labady, de Pradel, Régis, Roulland, de Spéville.

SUR LES Diphtéries méconnues et leurs séquelles

Par M. le Dr CHARLES LESIEUR

Professeur agrégé. Médecin des Hôpitaux de Lyon

Avec M. Garel, je viens de présenter à la *Société Médicale des hôpitaux de Lyon* une observation d'état neurasthénique par coryza diphtérique méconnu, guéri par la sérothérapie. Je voudrais rapprocher de ce fait quelques autres cas personnels, choisis parmi ceux qui viennent de fournir le sujet de la thèse de mon élève, M. Touranjon (1).

A la vérité, nous n'avons pas la prétention de découvrir à nouveau les diphtéries larvées, frustes on latentes, déjà signalées par Trousseau, et bien étudiées par Heubner, Dieulafoy, Simonin et Benoit, Griffon, Terrien, ainsi que dans les thèses de Sabatier (Paris, 1896), de Maire (Paris, 1904), de Delahousse (Lyon, 1905), etc.

Nous ne pensons pas davantage qu'il soit nécessaire de revenir sur la description des séquelles classiques de la diphtérie et même de la diphtérie méconnue, et, pour prendre un exemple, sur l'étude des paralysies post-diphtériques, dont MM. Roque et Chalier, Lafforgue, comme nous-même avec Froment et Colombet, ont relaté ici, l'année dernière, quelques cas intéressants. (Voir aussi Escat) (2).

Les paraplégies diphtériques frustes ont, d'ailleurs, été bien étudiées par Aubertin et Babonneix, dans la *Gazette des Hôpitaux* en 1902.

Aujourd'hui, je voudrais seulement : 1° ajouter aux formes déjà décrites de diphtéries méconnues certains cas d'allure clinique un peu nouvelle, imprévue même ; 2° faire connaître, parmi les séquelles de la diphtérie, et notamment de la diphtérie anormale, certains accidents locaux ou certains états d'ordre général, encore insuffisamment décrits.

OBSERVATION I.

Voici d'abord une observation (Obs. XXXI de la thèse de Touranjon), où la diphtérie ayant été méconnue et le sérum antidiphtérique n'ayant pas été employé, il survint presque immédiatement ensuite les signes d'une septico-pyohémie rapidement mortelle due à une infection secondaire streptoccocique.

RÉSUMÉ : *Angine diphtérique méconnue, Septico-pyohémie streptococcique consécutive : arthrite et thyroïdite suppurées ; péritonite mortelle.*

Pierre G..., blanchisseur à F..., 32 ans, entre à la clinique du Professeur Lépine, suppléé par le Professeur agrégé Lesieur, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, salle Sainte-Elisabeth, n° 1, le 28 janvier 1908.

Doué d'une bonne santé habituelle, sans antécédents pathologiques notables, héréditaires ou personnels, il est envoyé à l'hôpital avec le diagnostic de rhumatisme articulaire aigu, ayant débuté à la suite d'un léger mal de gorge, il y a une huitaine de jours.

Malgré ce mal de gorge, accompagné d'état fébrile, G... a continué à sortir, à vaquer à ses occupations, à commettre « toutes les imprudences possibles » jusqu'à ces jours derniers, où les douleurs articulaires sont devenues plus vives, s'accompagnant de tuméfaction, et notamment au poignet droit et de faiblesse générale avec fièvre

A son entrée dans le service, on est frappé par le facies et l'aspect général du malade, qui traduisent *a priori* un état d'infection profonde. Le teint est terreux, la langue blanche, la bouche sèche, la gorge rouge, mais sans fausses membranes. Le pouls est rapide, la température élevée (39°5 à 40°) les urines roses, très foncées, contiennent de notables quantités d'albumine et d'urates.

A cause de l'état de prostration, de la fièvre, des douleurs articulaires, l'examen des organes est difficile. Cependant, on note des râles de bronchite, un peu d'hypertrophie du foie et de la rate. A la région médiocardique on perçoit un bruit mésosystolique (souffle ou frottement).

Examen du sang : 84 polynucléaires neutrophiles 0/0, 8 lymphocytes, 8 mononucléaires.

L'attention est surtout attirée, au point de vue local, sur le poignet droit, dont la face dorsale est le siège d'une tuméfaction allongée dans le sens des gaines, empiétant sur l'avant-bras et sur la main, tuméfaction rouge, chaude, douloureuse. flucuante.

Le coude gauche, les coup-de-pied, le genou, sont eux aussi légèrement tuméfiés et très douloureux.

A la palpation du cou, on sent quelques ganglions sous-angulo-maxillaires engorgés. Surtout, on constate l'existence au-devant de la région laryngo-trachéale, un peu à droite de la ligne médiane, d'une tuméfaction grosse comme un œuf de poule environ, rouge, chaude, douloureuse, fluctuante, qui suit les mouvements du larynx et paraît nettement dépendre de la glande thyroïde.

Dans le service de clinique chirurgicale du Professeur Jaboulay, où le malade est transféré, on incise et on draine le phlegmon du poignet et l'abcès thyroïdien. Le pus louable, qui s'en écoule en abondance, contient à l'état de pureté un streptocoque ayant tous les caractères du streptocoque pyogène classique, virulent pour le lapin. Le même streptocoque est retiré du sang par hémoculture (septicémie). Inoculé dans le sang du lapin, à la dose de 2 cc. 1/2 (culture de 24 heures en bouillon), il le tue en 4 jours, par septicémie.

A la suite de l'incision, la température est descendue aux environs de 38°, et l'état général s'est un peu relevé.

Mais le lendemain, assez brusquement. éclatent des symptômes péritonéaux (douleurs abdominales, météorisme, vomissements porracés, constipation, facies grippé, pouls petit et rapide, délire, chute thermique).

Malgré tous les conseils donnés, les parents du malade l'emmènent chez lui, où les accidents s'aggravent et où la mort survient trois jours plus tard.

A ce moment, l'enquête à laquelle on se livra permit d'établir qu'elle avait été l'origine première des accidents, et apprit que le malade avait été d'abord atteint, en réalité, d'une angine diphtérique fruste, compliquée ensuite de pseudo rhumatisme infectieux, et de septico-pyohémie streptococcique.

En effet, une véritable épidémie d'angine avait sévi sur la famille du malade. Son petit garçon, âgé de 7 ans, avait été contaminé le premier (probablement par le linge apporté de Lyon) ; le diagnostic ayant été hésitant, l'enfant fut assez mal soigné, mais guérit cependant.

Une huitaine de jours après, ce fut le tour de son frère, un bébé de 18 mois, auquel on inocula du sérum antidiphtérique, et qui guérit très bien. Enfin, à quelques jours d'intervalle, la mère, Mme G..., puis Pierre G... lui-même, furent atteints à leur tour : la première de façon bénigne, et le dernier sous la forme de symptômes assez frustes pour que le diagnostic soit erroné, la thérapeutique insuffisante, et l'évolution ultérieure rapidement grave, et mortelle finalement.

OBSERVATION II

L'observation suivante (Obs. III de la thèse de Touranjon) prouve, après celles de Griffon, de Maire, etc., que la diphtérie du pharynx peut revêtir la forme de l'amygdalite phlegmoneuse, de même qu'elle peut prendre le masque de l'angine herpétique (Dieulafoy, Sabatier).

La constatation d'un abcès de l'amygdale ne doit pas dispenser le médecin de pratiquer un examen bactériologique, car, en cas de bacille de Lœffler, le traitement sérothérapique pourra avoir une influence heureuse sur les séquelles précoces, telles qu'arthralgies, albuminurie, etc.

RÉSUMÉ : *Amygdalite phlegmoneuse avec bacilles diphtériques* (1). *Albuminurie. Arthralgies. Sérothérapie. Guérison.*

Pierre J..., 28 ans, marchand ambulant, entre le 16 juin 1909 à l'Hôtel-Dieu de Lyon, clinique du Prof. Lépine. suppléé par le Prof. agrégé Lesieur, salle Sainte-Elisabeth, pour douleurs rhumatoïdes et angine.

Rougeole dans l'enfance. Syphilis à 16 ans. Ethylisme avéré. Eut, il y a 10 ans, une première poussée rhumatismale, sans atteinte du cœur ; depuis. douleurs articulaires intermittentes.

Il y a trois semaines, le malade, souffrant de la gorge, se présenta à la consultation du Dr N... : on diagnostiqua un phlegmon de l'amygdale droite, qui fut ponctionné au bistouri.

A la suite, douleurs violentes à l'oreille et à la nuque, qui l'obligèrent à entrer le lendemain dans le service du Prof. Vallas. Pendant trois jours on le traita par des gargarismes et des applications d'onguent belladoné. Il passe à Ste Elisabeth, ayant été pris hier de douleurs rhumatismales, sans symptômes généraux.

Actuellement, le moindre mouvement est douloureux : raideur de la nuque et engorgement ganglionnaire, surtout à droite ; otalgie, sans écoulement d'oreille. Ces phénomènes sont la conséquence d'une angine actuellement encore en évolution ; le pilier antérieur, saillant, est rouge et porte en son milieu une ulcération blanchâtre, assez superficielle ; l'amygdale gauche est simplement un peu rouge. Douleurs, tuméfaction et coloration rosée au niveau des mains, des genoux, des tibio-tarsiennes ; sueurs abondantes.

Rien d'anormal aux poumons.

Au cœur : pointe difficilement localisable : 1er bruit sourd à la pointe, léger éclat du 2e bruit à l'orifice aortique. Pouls un peu rapide et mou.

Langue saburrale ; perte d'appétit ; constipation.

Urines foncées : gros disque d'albumine.

19 *juin.* On décèle dans la gorge du malade la présence du *bacille de Lœffler long* et de streptocoques ; culture positive en 16 h. sur sérum gélifié. On injecte 20 cc. de *sérum antidiphtérique* sous la peau.

20 *juin.* Deuxième injection de 20 cc. de sérum.

23 *juin.* Troisième injection de 20 cc. de sérum.

25 *juin.* La tête du malade est dans une attitude soudée, comme dans un mal de Pott cervical. Inégalité pupillaire. La gorge est redevenue normale. Adénopathie de la nuque. L'albuminurie et la fièvre ont disparu.

29 *juin.* Adénopathie de la nuque surtout à droite, où une chaîne ganglionnaire descend jusqu'au creux sus-claviculaire. Ganglions axillaires et inguinaux.

18 *juillet.* Le malade sort guéri de son angine et de ses douleurs, et ne possédant plus ni fièvre ni albumine.

OBSERVATION III

L'observation suivante (observation XXX de la thèse de Touranjon, recueillie par M. Rebattu, interne du service) montre (comme le cas publié avec M. Garel) que certains états anémiques ou asthéniques, que certains pseudo-rhumatismes peuvent avoir pour origine une diphtérie méconnue :

RÉSUMÉ : *Angine bénigne (de nature méconnue). Douleurs rhumatoïdes, asthénie (parésie laryngée), anémie consécutives. Diagnostic bactériologique rétrospectif. Traitement sérothérapique général et local. Guérison.*

Adrienne A..., 21 ans, repasseuse à Lyon, entre à l'Hôtel-Dieu le 13 juin 1910, salle Carnot, dans le service du Prof. Roque, alors suppléé par le Prof. agrégé Lesieur. Elle se plaint de douleurs dans les membres et de faiblesse, consécutives à une angine légère qu'elle a eue trois semaines auparavant.

Bons antécédents héréditaires. Cinq sœurs ou frères morts en bas âge. Rachitisme dans l'enfance. Dans l'enfance, bronchite (à 3 ans), rougeole et coqueluche, adénite cervicale non suppurée.

Réglée normalement, mariée à 20 ans, elle a eu en février une fausse couche de trois mois, qu'elle attribue à un traumatisme, et depuis laquelle elle dit avoir été souvent fatiguée.

Trois semaines avant son entrée, elle eut de la céphalalgie. des frissons et une angine bénigne à évolution rapide.

Depuis, elle se sent très lasse, a souvent de l'œdème des jambes, a des céphalées fréquentes et une sensation de brouillard devant les yeux.

Depuis dix jours, avant son entrée, elle ressent des douleurs dans les membres et les articulations, surtout aux poignets et aux chevilles qui ont été, paraît-il, tuméfiés. C'est à cause de ces douleurs et de cet état de faiblesse qu'elle entre à l'hôpital.

A son entrée (13 *juin* 1910), l'état général est assez bon, malgré une perte de poids de 4 ou 5 kilogrammes accusée par la malade. Appétit diminué, digestions difficiles, constipation habituelle. Un peu d'enrouement, surtout après l'usage de la parole,

(1) J. TOURANJON. Les diphtéries larvées et leurs séquelles, Travail du Bureau municipal d'hygiène de Lyon. *Thèse de Lyon*, 1910 : s'y reporter pour la bibliographie plus complète.

(2) ESCAT. Paralysie vélo-palatine secondaire à une diphtérie latente insidieuse et bénigne strictement localisée aux fosses nasales. *Congrès de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie.* Toulouse, septembre 1910.

(1) Obs. recueillie par M. Colombet, interne de la Clinique.

Expectoration purement muqueuse. Il persiste de la céphalée et quelquefois des crampes dans les jambes.

A l'examen objectif : Pas d'œdème des jambes, aucune articulation n'est tuméfiée. Déformations rachitiques des deux tibias. Douleurs à la pression sur le tiers supérieur de la cuisse. Pas de signe de sciatique.

Appareil digestif : Langue humide et rose. Rien à signaler au pharynx ni à l'abdomen.

Appareil respiratoire : Sonorité et murmure vésiculaire partout normaux. Examen laryngoscopique : pâleur du voile du palais, empâtement léger de la commissure antérieure, parésie légère des cordes vocales (Prof. Collet). Expectoration : Pas de bacilles de Koch, pas d'albumine, cellules pharyngées.

Appareil cardio-vasculaire. Bruits réguliers, bien frappés. Petit souffle mésosystolique inconstant le long du bord gauche du sternum. Pouls à 88.

Système nerveux : Réflexes rotuliens normaux ; pupilles réagissant bien ; ovarie.

Urines d'aspect normal ; Pas d'albumine ni de sucre.

T. R. : 37° 4, 37° 6.

La face est pâle, les yeux cernés, les muqueuses décolorées.

Numération des globules rouges : N = 3.522.375.

Force au dynamomètre : 45.

Traitement : 3 milligrammes d'arséniate de strychnine ; suralimentation, repos, sérothérapie, inhalations.

Le 15 juin, peu d'amélioration ; la *culture du mucus nasal et du mucus amygdalien révèlent des bacilles diphtériques de forme moyenne.*

Le 17 juin, on injecte 10 centimètres cubes de sérum antidiphtérique sous la peau ; on prescrit l'antisepsie du nez et de la gorge.

Le 18 juin, nouvelle injection de 10 centimètres cubes de sérum.

Le 24 juin, placard érythémateux sur la cuisse, au point d'injection, légèrement prurigineuse, passagère.

Le 26 juin, numération des globules rouges : N= 5.011 000. Amélioration notable de l'état général.

Le 2 juillet, les symptômes laryngés ont disparu.

Le 12 juillet, force au dynamomètre = 55.

Le 27 juillet, force au dynamomètre = 60 et 65.

Culture du mucus amygdalien. Pas de bacilles de Lœffler.

Culture du mucus nasal ; Bacilles de Lœffler.

On pratique des pulvérisations nasales de sérum antidiphtérique.

Le 4 août, il persiste encore un léger souffle méso-cardiaque. Plus d'expectoration. Plus de bacilles de Lœffler ni dans le nez ni dans la gorge.

La malade quitte le service.

OBSERVATION IV

Le cas suivant (obs. XXXIII de la thèse de Touranjon) est doublement remarquable. D'abord par le caractère vraiment exceptionnel des lésions où le bacille de Lœffler fut rencontré (gomme fistuleuse de la cuisse), ensuite par l'influence rapidement heureuse de la sérothérapie sur les lésions elles-mêmes et sur leurs sequelles (albuminurie, céphalée, amaigrissement).

Au point de vue de la localisation du bacille à la peau, ce fait peut être rapproché de ceux signalés par Hau et Revol (1), Labbé et Lamarque, etc. (2).

On peut évidemment, se demander si notre malade n'était pas atteinte de gomme spécifique, infectée secondairement par le bacille diphtérique du nez ; mais rien n'autorise à adopter ce diagnostic, et surtout le sérum antidiphtérique a rapidement guéri ce que l'iodure n'avait pas amélioré. Le rôle du bacille diphtérique semble donc bien avoir été primordial.

RÉSUMÉ : *Coryza diphtérique méconnu. Gomme fistuleuse de la cuisse, infectée des bacilles diphtériques. Albuminurie. Traitement ioduré et sérothérapie antidiphtérique. Anaphylaxie. Guérison.*

Mme G..., ménagère à Lyon, 33 ans.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires. Mari bien portant ainsi que ses enfants.

Pas d'enfants morts, pas de fausses couches, menstruation régulière. Pas d'autre maladie notable qu'une rougeole il y a quatre ans. Très bonne santé habituelle. Faciès floride. Tendance à l'obésité. Varices des deux membres inférieurs.

La malade vient nous consulter le 29 septembre 1910 pour une plaie de la région postéro-externe de la cuisse droite siégeant dans son tiers inférieur. Les médecins qui l'ont vue ont qualifié cet accident, l'un d'ulcère variqueux, l'autre d'abcès graisseux, qu'il serait indiqué d'inciser ; c'est pour éviter, si possible, cette opération, que la malade sollicite un nouvel avis.

La plaie en question a débuté il y a quinze mois, par une induration de la peau de plus en plus étendue, gênante et douloureuse, s'accompagnant peu à peu de rougeur violacée, puis de ramollissement avec fistulisation multiple et écoulement de sanie ichoreuse, tachant le linge en rouge jaunâtre, de plus en plus abondante, malgré les nombreuses applications antiseptiques employées et les remèdes administrés à l'intérieur (teinture d'hydrastis, d'hamamelis ..).

Le jour de notre premier examen, le 29 septembre 1910, l'accident observé est assez important pour gêner la marche, et pourtant la palpation n'en est pas très douloureuse. C'est une plaque d'un rouge vineux, large au moins comme la paume de la main, à contour irrégulièrement arrondi. A ce niveau, la peau est amincie, lisse et brillante, déprimée au centre et glissant mal sur les plans sous jacents, qu'on sent indurés. Par trois fistules enfoncées obliquement, de diamètre variant de celui d'une allumette ordinaire à celui d'une plume d'oie, et où le stylet pénètre aisément sur 4 à 5 centimètres de longueur, il sourd spontanément, et surtout à l'occasion de la pression, plusieurs centimètres cubes de liquide puriforme sanguinolent.

L'aspect est, en somme, celui d'une gomme spécifique fistulisée.

Cependant, on ne trouve pas d'autres stigmates de spécificité ni aucun antécédent spécifique, sauf quelques maux de tête à prédominance nocturne et assez persistants. Rien à signaler du côté des différents organes.

Les urines contiennent un peu d'albumine, constatée déjà il y a quelque temps.

Comme traitement d'attente, on prescrit 3 grammes d'iodure de potassium à l'intérieur et des lavages locaux à la liqueur iodo-iodurée de Gram.

Pensant à la possibilité d'une sporotrichose, d'une mycose quelconque, on fait plusieurs ensemencements du pus recueilli à l'orifice de chaque fistule, notamment sur gélose maltosée, mais aussi sur différents milieux (agar, sérum), et l'on pratique l'examen direct de l'écoulement étalé en frottis.

Or, sur ces frottis comme sur les préparations de cultures, on ne constate aucun élément mycosique. Par contre, il se développe des colonies jaunes de staphylocoque doré et, surtout, des colonies blanches de bacilles gardant le Gram. La plupart de ces bacilles sont longs, grêles, granuleux, enchevêtrés ; quelques-uns présentent des formes d'involution, allongées ou renflées. L'aspect général rappelle à s'y méprendre une préparation de culture diphtérique.

La malade revient le *6 octobre* ; sous l'influence du traitement, la céphalée nocturne a déjà disparu, ce qui plaide évidemment en faveur de la spécificité. Par contre, l'état local ne s'est que très peu modifié : les fistules persistent, l'écoulement présente les mêmes caractères et n'a pas notablement diminué d'abondance.

Cet écoulement est de nouveau ensemencé, mais, cette fois, systématiquement sur tubes de sérum de cheval gélifié, et l'ensemencement se fait en stries successives sur plusieurs tubes pour chaque fistule. Ces tubes sont placés à l'étuve à 37° et examinés seize heures plus tard. On y voit alors des colonies séparées, en taches de bougies arrondies, fourmillant de bacilles diphtériques longs, typiques, qu'on isole très facilement. Des cultures de deuxième passage sont pratiquées, notamment sur gélatine et en bouillon, et confirment le diagnostic. La culture en bouillon est inoculée à la dose de 1 cc. sous la peau de la cuisse d'un cobaye de moyenne grosseur, et le tue en vingt heures environ, avec les lésions classiques de la diphtérie expérimentale (œdème local, surrénalite hémorragique, pleurésie double). Bref, il s'agit bien de bacilles diphtériques, longs et virulents.

Cependant la dose quotidienne d'iodure ingéré a été portée à quatre grammes, et le traitement local continué. Sous l'influence de cette thérapeutique, on note, à la date du 18 octobre, une amélioration manifeste, mais très incomplète encore : les phénomènes fonctionnels (gêne et douleur) ont diminué, la plaque rouge de la cuisse est un peu moins étendue, l'induration un peu moins profonde, mais les fistules persistent, et l'écoulement, quoique moins important, est loin d'être tari.

En même temps que cet écoulement, on analyse bactériologiquement, par culture sur sérum, les mucosités du nez et de la gorge de Mme G... Or, toutes les cultures sont positives. En dehors de quelques cocci, on retrouve dans la gorge et surtout dans le nez les mêmes bacilles diphtériques longs, absolument authentiques, que dans l'écoulement de la gomme fistulisée.

On interroge alors soigneusement Mme G... sur ses antécédents au point de vue naso-pharyngé, et l'on recueille aussi les détails les plus intéressants, mais auxquels elle-même attachait si peu d'importance qu'elle n'en avait pas parlé jusqu'alors ; du reste, ses médecins habituels n'avaient établi aucun rapport entre ces accidents et ceux qu'elle avait soumis à notre examen.

Il y a plus d'un an, Mme G... avait été atteinte d'un coryza tenace, d'abord muqueux, puis mucopurulent, surtout unilatéral, accompagné d'enchifrènement, d'obstruction nasale, de céphalalgie, et parfois d'épistaxis, à plusieurs reprises ; ce coryza avait été soumis à l'examen d'un médecin. Plusieurs médications avaient été instituées sans résultat. Finalement, on avait cru pouvoir incriminer une légère déviation de la cloison ; quelques cautérisations même avaient été pratiquées ; il en était résulté une certaine amélioration, mais l'obstruction nasale, l'écoulement séro-muqueux léger, les céphalalgies, les épistaxis même, n'avaient pas complètement disparu. L'orifice inférieur des narines était légèrement irrité.

Pensant, dès lors, que la malade avait été atteinte de coryza diphtérique méconnu, et qu'elle avait pu, ainsi, infecter de B. diphtériques les fistules qu'elle portait à la cuisse et dont l'origine spécifique possible nous paraissait devoir être retenue quand même (aspect gommeux classique, céphalalgie nocturne améliorée par KI), nous nous crûmes autorisé à tenter la sérothérapie antidiphtérique.

Le 19 *octobre*, nous injectâmes 15 cc. de sérum antidiphtérique sous la peau de l'abdomen ; cette injection fut très bien supportée.

Le 21 *octobre*, nous pratiquâmes dans les mêmes conditions une nouvelle injection de 15 cc., également bien tolérée.

Le 23 *octobre*, nouvelle injection, à la même dose.

Mais, à la suite de ces réinoculations, des accidents d'anaphylaxie se déclarent : le 28 octobre, c'est-à-dire neuf jours après la première injection, l'abdomen est le siège de plaques très prurigineuses, accompagnées d'un mouvement fébrile léger et passager ; tout est fini en 3 à 4 jours.

D'ailleurs, malgré ces accidents, malgré la suppression du traitement ioduré pendant quelques jours, et bien que Mme G... n'ait pu observer le repos qui lui avait été prescrit, le résultat de la sérothérapie a été tout à fait remarquable. Dès la première inoculation, les accidents du côté du nez ont disparu ; l'écoulement des fistules est devenu clair, ne tachant pas le linge, et beaucoup moins abondant.

A la suite de la deuxième, et surtout de la troisième injection, on constate que l'écoulement est complètement tari, et que le stylet ne peut plus pénétrer dans les fistules, sauf une, toute petite, sur les quatre observées précédemment.

Le 17 *novembre*, la malade qui s'est surmenée, tout en continuant le traitement ioduré et les applications iodées locales, se plaint de maux de rein qu'elle éprouve depuis quelques jours. On pratique une analyse d'urine : l'albumine a disparu.

La malade a remarqué aussi qu'elle mouchait encore parfois quelques filets de sang ; à la cuisse, il ne persiste plus, au milieu de la plaque, maintenant décolorée et d'aspect cicatriciel, qu'une toute petite fistule très étroite, réduite pour ainsi dire à son orifice cutané, et d'où l'on fait sortir à grand'peine, par la pression, une gouttelette de sérosité.

Dans cette sérosité, la culture décèle quelques rares bacilles diphtériques, maintenant groupés en amas. Les cultures du mucus nasal pharyngé ne renferment plus que des cocci.

Cependant, le 23 *novembre*, Mme G... ayant traversé une période de surmenage particulièrement fatigante, se levant de bonne heure et passant de longues heures dans la position debout, la fistulette signalée plus haut s'est réouverte, et laisse suinter, chaque jour, à nouveau, plusieurs gouttelettes de liquide séro-hématique. Aussi pratiquons-nous, le 24 *novembre*, une nouvelle injection de 15 cc. de sérum antidiphtérique sous la peau de l'abdomen, tout en continuant la médication iodurée et les lavages à la liqueur de Gram. Un repos relatif est en outre prescrit.

Cette dernière injection est suivie d'une éruption d'urticaire assez généralisée et d'un léger mouvement fébrile, mais ces accidents disparaissent rapidement, tandis que l'écoulement local disparaît, que la fistulette se ferme et que la plaque prend un aspect très nettement cicatriciel.

Revue le 30 *novembre* et le 7 *décembre*, la malade, qui n'a pour ainsi dire jamais cessé son travail particulièrement pénible, se déclare complètement guérie (1).

(1) HAU et REVOL. — Panaris diphtérique. *Lyon Médical*, 1903.

(2) LABBÉ et LAMARQUE. — Ecthyma diphtérique. *Revue malad. inf.* 1904.

(1) Guérison maintenue, malgré la suppression de tout traitement, à la date du 5 mars 1910.

OBSERVATION V (inédite)

Tous les cas ne sont pas aussi favorables que les précédents (on l'a vu déjà dans l'observation I), surtout lorsqu'ils s'accompagnent de troubles cardiaques ou rénaux. Le cas suivant, réalisant assez bien le syndrome cardio-gastrique de Sevestre, mais avec prédominance de symptômes d'œdème aigu du poumon, et avec beaucoup de raisons pour soupçonner des lésions rénales, en est la démonstration; malheureusement, l'autopsie n'a pu être faite.

RÉSUMÉ : *Angine diphtérique méconnue. 2 mois 1/2 plus tard, coup de froid. Mort rapide par œdème pulmonaire suraigu. Diagnostic bactériologique rétrospectif par examen « post-mortem » du mucus nasal.*

Mlle A..., 14 ans, née et habitant à Lyon.

Père bien portant, ainsi que deux sœurs (de père). Mère morte à 25 ans subitement d'affection indéterminée.

Personnellement, excellente santé habituelle. Pas d'autre affection antérieure que la coqueluche à 6 ans.

Le 22 décembre dernier, l'enfant avait, comme d'habitude, aidé ses parents soit pour les soins du ménage, soit pour la correspondance et les écritures, soit pour les courses.

Etant sortie dans l'après-midi, malgré la température brusquement refroidie ce jour-là, elle eut, en rentrant chez elle, vers sept heures du soir, une impression de froid, accompagnée de malaise et de pâleur de la face.

En arrivant chez elle, elle dit à ses parents, en se laissant tomber sur une chaise, qu'elle se sentait mal à l'aise, qu'elle étouffait, qu'elle avait envie de vomir. On la coucha, on la réchauffa.

Elle eut alors un vomissement, rejetant quelques pâtisseries qu'elle avait ingérées peu auparavant, au moment où elle avait perçu une impression de froid.

En même temps, l'oppression augmentait, obligeant l'enfant à s'asseoir. La face devenait livide, les lèvres cyanosées, les extrémités froides, et il s'écoulait plutôt difficilement, avec quelques secousses de toux, par la bouche et par le nez, une assez grande quantité d'écume mousseuse, d'aspect albumineuse aérée, rosée, saumonée, et même sanguinolente; en un mot il s'agissait de l'expectoration typique d'œdème aigu du poumon, remplissant assez rapidement le crachoir.

Puis, assez brusquement, l'enfant perdit connaissance et s'affaissait sur son lit. Un médecin, appelé en toute hâte, ne pouvait que constater la mort. La scène avait duré, en tout, une demi-heure environ, à partir du moment où l'enfant était rentrée chez elle.

Quand j'arrivai, quelques instants après, je pensai, comme d'ailleurs le confrère qui m'avait précédé, à une origine cardiaque ou rénale, et plutôt rénale ou cardio-rénale : en effet, la mort n'avait pas été subite, mais seulement rapide; le froid semblait avoir joué un rôle occasionnel évident; et, de plus, l'expectoration albumineuse saumonnée imposait à peu près le diagnostic rétrospectif d'œdème aigu du poumon et orientait l'enquête étiologique du côté du rein.

L'hypothèse de lésions rénales méconnues (l'urine n'avait pas été examinée) fut rapidement fortifiée par l'interrogatoire des parents, lorsque des questions précises leur furent posées à ce sujet.

En effet, bien qu'ils eussent d'abord déclaré que leur enfant ne s'était ressentie, jusqu'à ce jour là, absolument d'aucun malaise, ils se rappelèrent que, depuis quelques jours, elle était un peu essoufflée lorsqu'elle montait l'escalier, et que ses urines étaient plus rares et plus foncées.

En remontant plus haut dans le passé pathologique de la malade, et en interrogeant spécialement les parents au point de vue d'une scarlatine, d'une diphtérie, d'une angine antérieure possible, on finit par apprendre que, en effet, vers le 5 octobre, à son retour de la campagne, l'enfant avait eu un léger mal de gorge, avec un peu de fièvre, qui l'avait obligée à garder la chambre, mais non à s'aliter; elle avait même craché quelques petites peaux blanchâtres; mais tout avait été terminé en 48 heures, sans autre traitement qu'un ou deux citrons sucés; aucun médecin n'avait été consulté, et tout s'était passé si simplement que les parents ne s'en seraient même pas souvenus si l'interrogatoire n'avait réveillé leur souvenir à ce sujet. Pourtant, à la suite de cette angine, l'enfant avait gardé une tendance au coryza, s'enrhumant du cerveau au moindre froid; un peu de pâleur, et, par moments, quelques légères douleurs de jambe.

A aucun moment, on n'avait observé ni éruption, ni desquamation, ni signes digestifs ou autres pouvant faire penser qu'il s'était agi de scarlatine.

Au contraire, nous demandant si nous ne nous trouvions pas en présence d'un cas de néphrite latente consécutive à une diphtérie méconnue, nous constations quelques petits ganglions cervicaux, et surtout nous prélevions, à l'aide d'un tampon de coton flambé, le mucus nasal de l'enfant qui venait de mourir. Ce mucus était, un quart d'heure après, ensemencé sur sérum solidifié : la culture était mise à l'étuve à 35°.

Le lendemain matin, 15 heures plus tard, nous constations sur le sérum de nombreuses taches de bougie où fourmillaient, avec quelques cocci, de très nombreux bacilles diphtériques de type moyen, gardant le Gram, en un mot absolument authentiques. Une de ses sœurs, avec de grosses amygdales, porte dans le nez et la gorge des bacilles semblables.

Et, plus tard, l'enquête nous apprenait qu'au début de septembre une amie de la petite malade avait été, elle aussi, atteinte de diphtérie, cliniquement et bactériologiquement constatée, et guérie par la sérothérapie.

Il ne faut pas oublier qu'on peut rencontrer le B. de Lœffler, surtout ses formes non virulentes, dans la gorge ou le nez d'individus sains, et, *a fortiori*, de sujets atteints d'affections quelconques, comme nous avons contribué à le démontrer dans une série de travaux qui ont été souvent confirmés (1).

On aurait donc tort de vouloir qualifier de diphtériques toutes les manifestations morbides rencontrées chez des malades porteurs de bacilles, lorsque ces bacilles ne prouvent pas ou n'ont pas prouvé leur activité *in situ*. C'est l'opinion de Lemoine. C'est aussi notre opinion, à la suite de nombreuses recherches faites chez les enfants des écoles contaminées.

Témoin deux observations personnelles relevées dans le service du professeur Lépine.

Nous n'en donnerons ici que le résumé succinct :

OBS. VI. — Homme de 35 ans, voiturier, éthylique et tuberculeux (induration du sommet droit). Parésie atrophique des membres supérieurs, puis inférieurs, prédominante aux extrémités, à type de polynévrites motrices, datant de trois mois à l'entrée (16 février 1910).

Bacille diphtérique long dans le nez et la gorge (le malade aurait eu quelques coryzas). Sérothérapie antidiphtérique. Anaphylaxie. Pas d'amélioration notable; état stationnaire de la paralysie et de l'amyotrophie.

OBS. VII. — Femme de 38 ans, ménagère, peut-être syphilitique (réaction de Wassermann positive), a été traitée comme tuberculeuse. Parésie atrophique du membre inférieur gauche avec abolition du réflexe rotulien de ce côté. Exagération des réflexes tendineux du côté droit. Atrophie du muscle grand droit de l'abdomen du côté droit. Troubles objectifs de la sensibilité à type radiculaire sans dissociation syringomyélique.

Bacilles diphtériques moyens dans le nez (aurait eu des angines). Sérothérapie antidiphtérique. Anaphylaxie. Peu d'amélioration. Etat presque stationnaire de la paralysie et de l'amyotrophie.

Ces deux observations prouvent, surtout étant donné l'échec de la sérothérapie antidiphtérique, que la simple constatation du B. diphtérique n'autorise pas toujours à incriminer la diphtérie plutôt que l'alcoolisme, la tuberculose, la syphilis...., en présence d'accidents tels que les polynévrites dont il s'agissait dans ces deux cas.

Il serait intéressant de posséder une méthode telle que celle de la déviation du complément (Weill-Hallé et Bloch-Michel) si cette dernière est confirmée, donnant la preuve d'une intoxication réelle de l'organisme par le B. diphtérique.

Le B. diphtérique pouvant exister chez des malades dont les lésions peuvent être le fait de pathogénies multiples (infections et intoxications associées; insuffisance surrénale : Martin; altérations du système nerveux central, etc. : Pierret : thèse de Sainclair), on comprend aisément que le sérum antidiphtérique appliqué tardivement ne soit pas toujours capable de guérir ces lésions.

(1) Ch. Lesieur. Les bacilles dits pseudo-diphtériques. *Th. de Lyon*, 1901.

Conclusions.

I. — Il existe des diphtéries méconnues, anormales, larvées, frustes ou latentes, de localisation et de gravité variables (diphtérie pharyngée, nasale, cutanée, etc.), mais pouvant se traduire par des manifestations à distance, ou retentir sur l'état général tout entier.

II. — Les diphtéries méconnues peuvent laisser après elles des séquelles redoutables : accidents cardio-rénaux (syndrome cardio-gastrique de Sevestre, œdème aigu du poumon); elles touchent fréquemment le système nerveux et les organes des sens (paralysies, asthénies, parésies); enfin l'organisme tout entier peut être atteint d'une manière diffuse (anémie, cachexie, marasme diphtérique de Heubner.

III. — Il importe, tant au point de vue clinique qu'au point de vue prophylactique, de dépister ces diphtéries latentes le plus tôt possible par la recherche systématique du B. de Lœffler en présence d'accidents cryptogénétiques.

IV. — Leurs séquelles sont justiciables de la sérothérapie qui, même tardive, donne souvent de bons résultats. Et si parfois le sérum antidiphtérique éprouve des insuccès, on peut les expliquer en partie par la multiplicité des pathogénies de ces séquelles.

A propos de l'autosérothérapie
DES MALADIES BACTÉRIENNES

Par le Docteur EDMOND CHAUMIER
Directeur de l'Institut vaccinal de Tours

Dans le numéro du 8 mars, la *Gazette médicale de Paris*, sous le titre « Auto-sérothérapie des affections bactériennes aiguës », rapporte la *proposition* faite par le docteur Baillon (de Toulon), d'injecter, au début des affections bactériennes aiguës, sous la peau du malade, le liquide de la phlyctène d'un vésicatoire préalablement mis au sujet.

Cela me rappelle deux tentatives de guérison de tuberculose à l'aide de sérosité de vésicatoire de vieux tuberculeux, que j'ai faites il y a bien une douzaine d'années et que je n'ai pas jugé à propos, alors, de publier

Un enfant d'environ dix ans, avait une pleurésie avec épanchement assez considérable.

J'auscultais le père et la mère, et, chez l'un d'eux, je trouvais des traces de tuberculose ancienne. Je mis un vésicatoire dont je recueillis la sérosité le plus aseptiquement possible, et j'injectai, en deux fois, cette sérosité au petit malade.

Cet enfant guérit, mais rien ne m'indiqua que nos injections de sérosité aient été pour quelque chose dans la guérison de sa pleurésie.

Je fis le traitement à un enfant atteint d'ostéite tuberculeuse ouverte du pied ; mais je n'observai pas la moindre amélioration.

J'ai la foi la plus grande dans l'avenir de la sérothérapie et de la vaccination anti-tuberculeuse : mais il va de soi que mes expériences ne pouvaient pas donner grand'chose. La quantité de sérum injecté était trop minime : et puis les tuberculeux qui m'ont fourni le sérum, s'ils étaient guéris, n'étaient pas hyperimunisés.

REVUE CLINIQUE

Noyaux calcaires du foie, par le Dr T. Legry, professeur agrégé, médecin de la Charité. (Comm. de l'Acad. de Méd.)

J'ai observé dans deux autopsies, à quelques jours d'intervalle, dans le courant d'octobre dernier, des noyaux calcaires du foie.

Rien n'avait attiré l'attention sur cet organe dans le passé ni dans le présent des malades. Au surplus, les lésions ne pouvaient, en raison de leur siège et de leur volume, que rester inaperçues objectivement pendant la vie. Leur intérêt est donc avant tout d'ordre anatomique.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un homme de 71 ans entré à l'hôpital dans un état de misère extrême et qui présentait une ulcération très étendue du gland pouvant en imposer tout d'abord pour un épithélioma. L'examen du malade dénotait seulement en outre, dans la région cervicale, derrière la clavicule droite, dont elle avait luxé l'extrémité interne, l'existence d'une tumeur offrant les dimensions d'un œuf et de consistance très dure. Au bout de quelques jours, l'ulcération de la verge se détergeait et commençait à se réparer, lorsque brusquement le malade fut pris de suffocation et succomba en quelques heures à un accès d'œdème aigu du poumon.

A l'autopsie, on trouva, en effet, les poumons œdématiés et gorgés de liquide ; il existait aux sommets quelques tubercules sclérosés. Le cœur gauche était hypertrophié. Les reins étaient sclérosés. Dans le foie, d'apparence normale partout ailleurs, on constata, un peu à gauche de la région moyenne de la face supérieure du lobe droit, et affleurant la surface de l'organe, deux masses contiguës, chacune du volume d'une petite noix, et opposant au couteau la résistance de blocs calcaires. La tumeur cervicale avait la même dureté et suggérait l'idée d'adénopathies cohérentes calcifiées.

L'examen histologique d'un des noyaux hépatiques, après décalcification, a permis de relever les détails suivants :

Certaines régions, surtout au centre, correspondant aux parties calcifiées, apparaissent comme un tissu amorphe, d'une réfringence spéciale, creusé par places de lacunes de formes variables. Dans nombre de points, on voit que ce tissu se continue avec des travées scléreuses plus ou moins larges, d'abord un peu imprécises, mais dont les caractères s'accusent de plus en plus par la netteté plus grande des fibres et le nombre croissant des éléments nucléaires, à mesure qu'on en suit le trajet en s'éloignant des régions précédentes.

Les parties calcifiées ne s'observent pas uniquement au centre de la masse. On en rencontre aussi à la périphérie, mais elles y sont de moins en moins abondantes.

En quelques points, on voit, dans une zone contenue de toutes parts dans un bloc calcaire, des espaces porto-biliaires énormément sclérosés : les veines portes sont peu atteintes dans leur tunique interne, les artères montrent au contraire une endartérite végétante extrêmement développée. Dans ces espaces élargis, des néo-canalicules biliaires apparaissent plus ou moins nombreux.

Dans les régions les plus externes de la masse, et parfois enclavées dans le tissu calcaire, on retrouve des travées hépatiques parallèles, au nombre de trois ou quatre, ayant conservé leur morphologie avec les noyaux parfaitement colorables. Quelques-unes des cellules présentent des gouttes de graisse. On observe aussi, dans des zones calcaires ou fibreuses, des parcelles de parenchyme hépatique plus ou moins profondément dégénéré, mais encore reconnaissable.

Dans nombre d'endroits, on remarque les figures suivantes ; des anneaux fibreux denses sont remplis d'un magma caséeux, au centre duquel on voit un vaisseau à paroi interne végétante et presque oblitéré ou même oblitéré complètement.

Du reste, on rencontre souvent sur les coupes des nodules arrondis très fibrosés et des travées courtes et larges, à extrémités arrondies, offrant la même structure, et qui ne peuvent correspondre qu'à des vaisseaux à lumière effacée par la sclérose bourgeonnante de leur paroi interne, et sanctionnés transversalement ou longitudinalement.

Les travées scléreuses qui sillonnent la masse dans son ensemble s'infléchissent dans diverses directions pour délimiter des aires à contenu variable, comme nous venons de le voir. Une coque scléreuse continue enveloppant l'ensemble de la production n'a pu être décelée.

Le mode de pénétration même de ces travées fibreuses dans la masse morbide, la constatation du détritus caséeux renfermé dans les zones scléreuses, l'importance des lésions vasculaires en général, et semble-t-il, en certains points, la prédominance des lésions artérielles me font penser que les noyaux trouvés dans ce foie représentaient de vieilles gommes syphilitiques envahies par la calcification.

Je passe sur les lésions histologiques des autres organes, qui étaient conformes aux présomptions fournies par la macroscopie. Mais l'examen de la tumeur sus-claviculaire mérite une mention spéciale. Dans une région, on voit du tissu ganglionnaire d'apparence normale ; dans une autre, le tissu ganglionnaire présente des altérations inflammatoires manifestes. Enfin, il existe une zone assez étendue où toute structure ganglionnaire a disparu. On n'y constate, à côté des parties offrant cet aspect amorphe dont il a été déjà question et qui est dû au processus d'infiltration calcaire, que du tissu fibreux adulte parsemé d'éléments nucléaires qui se raréfient par places. On ne put découvrir aucune cellule géante, aucune partie caséeuse. La tumeur était-elle formée par un paquet ganglionnaire avec quelques anciennes adénopathies tuberculeuses sclérosées, puis calcifiées ? Était-elle, comme la masse hépatique, de nature syphilitique. L'insuffisance des caractères histologiques de la lésion, l'absence de toute recherche bactériologique et de toute inoculation, doivent laisser le diagnostic indécis.

Le second fait que je rapporte ici a trait à une femme de 77 ans qui succomba à des complications cardio-rénales consécutives à des phénomènes broncho-pulmonaires aigus. L'autopsie montra un état congestif des deux bases pulmonaires avec épanchement à droite, une dilatation accentuée du cœur droit, et des lésions scléreuses des reins, rouges et très rétractés.

Sur la convexité du lobe droit du foie, on trouva une masse très dure, de consistance calcaire, du volume d'une lentille, s'enfonçant d'un centimètre et demi environ dans le tissu hépatique. Sur la convexité du lobe gauche, il y avait une masse de même nature, mais plus petite. Le reste de l'organe paraissait sain à l'œil nu.

L'examen histologique du gros noyau fait voir que la tumeur, immédiatement sous-jacente à la capsule en un point, est sur tout son pourtour entourée par une couche fibreuse épaisse assez régulièrement circulaire. En dehors de celle-ci, les travées hépatiques refoulées, tassées, s'imbriquent excentriquement. En divers points de la coque fibreuse, il y a de l'infiltration leucocytique.

Dans la partie encerclée, il n'existe nulle part trace d'éléments hépatiques ni de vaisseaux. La tumeur s'était donc accrue en repoussant le tissu hépatique voisin.

On y voit, par places, en dedans de la couche fibreuse et la tapissant en quelque sorte, des lamelles stratifiées parallèles privées de tout élément nucléaire. Ces lamelles se détachent parfois de l'enveloppe externe, se courbent et viennent s'épanouir, en se séparant les unes des autres, dans la partie centrale de la tumeur formée d'un magma informe, dans lequel on distingue, en deux ou trois points, quelques amas de globules sanguins.

On a, en somme, l'impression qu'il pourrait s'agir d'un kyste hydatique arrêté dans son évolution, flétri et secondairement calcifié dans lequel seraient seulement reconnaissables des débris cuticulaires feuilletés. Mais l'absence de tout élément caractéristique, membrane nucléée et glycogénée, crochets, etc., rend un diagnostic formel impossible.

Les anatomo-pathologistes savent depuis longtemps que nombre de lésions hépatiques, les gommes syphilitiques, les tubercules, les abcès, les kystes, etc., peuvent, lorsque la vitalité du processus est amoindrie ou perdue, s'incruster plus ou moins complètement de sels calcaires. Ils ont reconnu aussi que les difficultés d'interprétation deviennent parfois, en pareil cas, presque insurmontables, lorsqu'il n'existe pas dans d'autres régions de l'organe, des lésions similaires encore en voie d'évolution.

Ce n'est donc pas trop de recommander, lorsqu'on trouve des productions de ce genre à l'autopsie, de mettre en œuvre immédiatement tous les moyens de recherches dont nous disposons : les cultures, les inoculations. Sans doute, ces moyens n'offrent pas les mêmes garanties de succès qu'avec des lésions en pleine efflorescence. Ils seront susceptibles toutefois d'apporter des données qui viendront utilement en aide à l'histologie. Trop souvent, les parasites à incriminer se trouvant dépourvus de toute virulence ou ayant disparu et les tissus morbides n'ayant pas conservé leurs caractères spécifiques, le diagnostic devra rester en suspens.

Méningite saturnine aiguë précoce (forme méningitique complète), par MM. Loeper et Marcel Pinard. (*Soc. méd. des Hôp.*)

Les travaux de M. Mosny et de ses élèves ont distrait du chaos de l'encéphalopathie saturnine le syndrome « méningite saturnine », dont la connaissance est des plus intéressantes pour le clinicien puisqu'elle lui permet d'éviter des erreurs d'interprétation graves au point de vue diagnostic, et plus encore au point de vue pronostic.

Aussi croyons-nous utile d'en rapporter un nouveau cas qu'il nous a été donné d'observer à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Launois, que l'un de nous avait l'honneur de suppléer.

F..., Joseph, âgé de trente-neuf ans, entre à la salle Bouley, le 13 août 1909. Tailleur de pierres, il travaille depuis dix mois seulement dans une fabrique d'accumulateurs électriques, où il manie la pâte au minium.

Depuis qu'il a pris ce nouveau métier, il se plaint de céphalée constante. Il y a cinq mois, à son lever, il eut pour la première fois une crise épileptiforme avec perte de connaissance. Il ne revint à lui que le lendemain soir.

Quinze jours après, une nouvelle crise survint, suivie bientôt de beaucoup d'autres, de plus en plus fréquentes.

Le 18 juillet, le malade était en proie à une colique de plomb, la céphalée devenait intolérable ; le malade délirait, avec des crises épileptiformes, des vomissements fréquents et présentait une constipation opiniâtre. C'est à ce moment qu'on le transfère à l'hôpital. Le malade est très agité, se tourne vivement dans son lit, délire. Il se plaint de coliques, de céphalée, la température est à 37°2, le pouls bat à 68 pul-

sations par minute. On constate de la raideur de la nuque, l'existence du signe de Kernig ; la constipation est opiniâtre et les vomissements fréquents se produisent sans effort. Bientôt survient une attaque épileptiforme accompagnée de sueurs abondantes mais sans morsure de la langue et sans incontinence d'urine. L'accès se termine par une crise urinaire et par une période de sommeil profond qui dure plusieurs heures.

Au réveil, le malade n'a plus aucun souvenir des faits qui se sont passés depuis le moment où il a perdu connaissance.

Le lendemain, nouvelle crise plus forte que la précédente et présentant les mêmes caractères; la crise s'annonce toujours au malade par des fourmillements dans les doigts.

Le 18 août, l'état du malade s'est amélioré, il est couché normalement dans son lit; ses idées ne sont pas encore très claires; néanmoins, il comprend ce qu'on lui dit et répond aux questions qu'on lui pose. Il est très amaigri, très anémié, le visage est terreux, l'abdomen n'est plus rétracté, la constipation est moins forte, mais il survient encore des vomissements.

Le malade accuse encore de la céphalalgie: il persiste aussi de la raideur de la nuque et le signe de Kernig. On provoque facilement l'apparition de la raie méningitique. Pas de strabisme, pas de paralysie des nerfs moteurs de l'œil, les pupilles réagissent normalement. Les réflexes tendineux sont exagérés, on provoque facilement le clonus du pied, mais il n'y a pas de signe de Babinski.

Le foie est petit, le cœur normal, le pouls faible bat autour de 60 à 70 pulsations, la tension artérielle est élevée, 20 centimètres, les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

A l'examen des poumons on note de la submatité au sommet gauche et on perçoit des craquements.

Le diagnostic de méningite s'imposait donc, il restait à en confirmer l'existence par l'examen biopsique; la rachicentèse fut pratiquée le 13 août, elle donna issue à un liquide clair, albumineux, coulant sous tension, et renfermant en moyenne 40 lymphocytes par champ.

Cette méningite rappelait à s'y méprendre la méningite tuberculeuse.

Il existait le trépied classique : céphalée, vomissements sans efforts, constipation; joints à ces signes la raideur de la nuque, le signe de Kernig, l'exagération des réflexes; la température était peu élevée, entre 37,5 et 38 degrés, le pouls plutôt ralenti entre 60 et 70. Si l'on ajoute que la tuberculose pulmonaire était évidente, on voit qu'il y avait lieu d'hésiter.

Néanmoins, le diagnostic de méningite saturnine fut posé sur les anamnestiques : coliques de plomb, liséré de Burton très prononcé, sur l'allure spéciale, coupée de crises épileptiformes. L'examen du sang révélait une éosinophilie marquée, de nombreuses hématies granuleuses; le taux de l'hémoglobine était à 65 au Tallqvist; il existait pourtant 4.992.600 hématies contre 9.000 globules blancs. Notre malade ne présentait en outre aucun stigmate ni aucun souvenir de syphilis ancienne ou récente.

L'évolution devait donner raison au pronostic et au diagnostic portés; la température revenait rapidement à la normale, l'état général s'améliorait, la constipation cédait et le malade pouvait rentrer chez lui le 19 août, absolument rétabli; la guérison s'est d'ailleurs maintenue depuis.

Cette observation de méningite saturnine est certainement des plus instructives. Elle doit être classée dans le groupe des méningites aiguës précoces, décrites par MM. Mosny et Malloizel (1).

(1) Mosny et Malloizel. Méningo-encéphalite aiguë précoce. *Acad. de médecine*, 25 avril 1905.

Dans cette forme, l'éclosion des accidents survient rapidement après le début de l'intoxication.

Si, dans tous les métiers de l'industrie du plomb, même les plus communs, on peut voir survenir des cas de méningite saturnine, même lorsque l'imprégnation est peu intense mais continue, ce n'est que dans certaines professions que l'on voit survenir cette forme particulièrement précoce. Ces professions sont celles où l'intoxication se fait d'une façon massive, et les plus exposés seront les ouvriers des fabriques d'accumulateurs, ceux des usines de minium et les poudreuses des fabriques de porcelaine.

L'observation précédente réalisait à peu près la forme décrite par l'un de nous sous le nom de « forme méningitique complète (2) ».

Nous avons vu combien le diagnostic en est parfois difficile, simulant des états méningés, soit syphilitiques, soit tuberculeux. L'étude attentive des anamnestiques, l'examen et la recherche des moindres stigmates, cicatrices de la peau et des muqueuses, état de la bouche et de la langue, leucoplasie, joints à l'étude du liquide céphalo-rachidien et à la mise en pratique de la réaction de Wassermann, pourront aider à éclairer certains faits.

De même, la recherche du bacille de Koch et l'inoculation au cobaye viendront singulièrement en aide aux signes cliniques et permettront d'affirmer ou de rejeter le diagnostic de la méningite tuberculeuse; dans notre cas, l'intoxication massive du malade, les crises épileptiformes avec perte de connaissance, l'absence de phénomènes oculaires, la tension artérielle élevée, les crises épileptiformes et les coliques de plomb du début nous avaient fait pencher pour la méningite saturnine.

L'évolution semble nous avoir donné raison, mais nous ajouterons que si l'issue favorable est encore un excellent signe pour le diagnostic rétrospectif, elle ne constitue pas une certitude à l'heure actuelle que nous connaissons mieux certains faits de syphilis ou de tuberculoses méningées prolongées, dont l'idée vient tout d'abord à l'esprit en présence d'un cas suspect de méningite saturnine.

Les petits signes de l'entérocolisme, par le docteur Laraillet (*Thèse de Bordeaux*, 1910).

Ce sont : 1° la télépathie segmentaire homologue provoquée ou signe de Matignon (douleur localisée sur un point abdominal symétrique de la région du gros intestin que l'on palpe).

2° Le signe de la chaise. — Lorsque les malades s'assoient, ils ressentent une douleur partant de l'anus, cheminant le long du côlon descendant et transverse et se répercutant jusque dans la région cœcale.

3° Impression de raideur (les malades prétendent qu'ils se voûtent, qu'ils se tassent, qu'ils vieillissent, qu'ils deviennent rhumatisants).

4° Douleur en s'étirant ; pseudo-gastralgie colique.

5° Besoin ou faux besoin d'aller à la selle en passant de la position horizontale à la station verticale, au saut du lit par exemple.

Examen clinique d'une arthropathie du genou, par le Dr Anselme Schwartz, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux de Paris (*Paris Médical*).

Lorsqu'un malade vient nous consulter pour une arthropathie du genou, il faut, pour poser un diagnostic précis, pratiquer l'examen suivant :

1° Regarder attentivement la région articulaire et noter :

a) *L'attitude du membre inférieur* : souvent, en effet, du fait même de la lésion articulaire, la jambe est déviée dans un sens ou dans l'autre ; ce que l'on remarque le plus fréquemment, c'est une légère *flexion* de la jambe sur la cuisse.

b) Le *gonflement de l'article*: si l'on examine un genou normal, on constate certaines particularités qui lui donnent un aspect absolument spécial : *en avant*, sur le milieu de l'articulation, saille la rotule régulièrement arrondie; *au-dessus*, celle-ci surplombe une légère dépression qui correspond au fémur recouvert par le triceps et le cul-de-sac supérieur de la synoviale; *au-dessous*, le tendon rotulien continue jusqu'au tibia la saillie de la rotule ; enfin, *de chaque côté*, la région est plus ou moins déprimée, fuyant vers les faces latérales, formant les *méplats* latéro-rotuliens classiques.

Au contraire, sur le genou atteint d'arthropathie cet aspect a fréquemment changé ; ce n'est plus la rotule qui constitue la partie saillante de la région surplombant les méplats voisins, mais ce sont ces régions voisines, soulevées par une synoviale distendue, qui masquent la saillie rotulienne ; le genou est globuleux, parfois régulièrement arrondi, présentant d'autres fois, audessus et au-dessous de la rotule, de véritables bourrelets qui trahissent la distension de la synoviale articulaire.

c) Les *altérations pathologiques des téguments* : modification de couleur, lésions ulcéreuses, etc.;

2° Pratiquer, par le palper, l'examen physique de tous les éléments constituants de l'articulation.

Et, tout d'abord, *la synoviale*. L'inspection déjà nous aura montré s'il y a ou non quelque chose dans cette synoviale ; la palpation va nous permettre de préciser le fait :

Nous allons d'abord chercher si dans cette synoviale il existe du liquide, et pour cela nous allons essayer d'obtenir le *choc rotulien*. Cette recherche nécessite une explication. Lorsqu'on regarde un jeune étudiant s'approcher d'un genou pour voir s'il contient du liquide, on remarque que, *quel que soit l'état de distension du genou*, il applique ses deux mains sur cette articulation, l'une au-dessus, l'autre au-dessous de la rotule, pour *refouler sous cet os* tout le liquide de la synoviale et pour obtenir ainsi un choc rotulien ; s'il l'obtient, il conclut à l'existence de liquide ; s'il ne l'obtient pas, il déclare qu'il n'y a pas de liquide dans le genou ; pour lui, la présence du liquide est caractérisée essentiellement par l'existence du choc rotulien. Or c'est là une profonde erreur ; bien plus, *la distension trop grande de la synoviale par le liquide empêche d'obtenir le choc rotulien* et souvent, alors que ce choc serait obtenu par un simple coup sec sur la rotule, il ne l'est plus lorsque, par la manœuvre des deux mains, on refoule trop le liquide devant le fémur.

Pour rechercher le choc rotulien avec méthode et pour l'interpréter comme il convient, il importe de se rappeler les points suivants :

1° Sur un genou normal, les surfaces osseuses de l'articulation sont en contact ; le choc rotulien est impossible;

2° Lorsqu'il existe dans la synoviale *une petite quantité de liquide*, suffisante pour écarter légèrement la rotule du fémur, un coup sec donné sur la face antérieure de la rotule chasse brusquement ce liquide sur les confins de la synoviale ; la rotule prend contact avec le fémur, ce qui donne au doigt cette sensation spéciale que l'on appelle le choc rotulien;

3° Lorsqu'il existe dans cette synoviale une quantité considérable de liquide, comme dans les hémarthroses par exemple, *la rotule est très éloignée du fémur*, et la pression sur la rotule ne saurait arriver à chasser ce liquide vers la périphérie de la synoviale, celle-ci étant trop pleine, trop tendue : *le choc rotulien ne pourra être obtenu*.

(2) Marcel Pinard. Etude clinique de la méningite saturnine; revue générale. *Gazette des hôpitaux*, 1908, n° 81, p. 967.

Ces notions étant données, il faut rechercher la présence du liquide dans la synoviale par les manœuvres suivantes :

Si la synoviale paraît *peu distendue*, donner un coup sec sur la rotule, purement et simplement, et souvent on obtient le choc rotulien, sinon on fera avec les deux mains la manœuvre précédemment indiquée, pour refouler sous la rotule la petite quantité de liquide qui existe dans la synoviale avant d'appuyer sur l'os.

Si, au contraire, la synoviale paraît très distendue, il y a bien des chances pour qu'on n'obtienne pas le choc rotulien, surtout si avec les mains, on augmente encore la tension du liquide entre la rotule et le fémur. Il faut se contenter de donner un léger coup sur la rotule, et si l'on n'obtient pas le choc, il faut savoir s'en passer, mais ne pas conclure à l'absence de liquide.

Une nouvelle manœuvre permettra d'affirmer l'existence de ce liquide : *c'est la recherche de la fluctuation*. Les deux mains sont appliquées, l'une sur le cul-de-sac supérieur de la synoviale, au-dessus de la rotule, l'autre au-dessous de cet os sur les culs-de-sac latéro-inférieurs : la pression de l'une ou de l'autre main donnera nettement la sensation de fluctuation.

Mais l'inspection a pu montrer une distension de la synoviale et pourtant la palpation n'a pu montrer ni le choc rotulien, ni la fluctuation. C'est que la distension de la synoviale est due, non pas à du liquide, mais à un élément solide, ou plutôt mou, le plus souvent *des fongosités*, dont la consistance est mollasse, semblable à celle du lipome.

Après la synoviale, il faut passer à l'examen du *squelette* et il faut palper successivement la *rotule*, le *fémur*, le *tibia* et — chose qu'on oublie trop souvent — le *péroné*.

L'examen de la *rotule* est fort simple, l'os est superficiel, facile à suivre, sur toute sa surface antérieure et ses bords. Il faut noter sa largeur, sa hauteur, sa *sensibilité* et sa *mobilité*.

L'examen du *fémur* et du *tibia présente* une petite difficulté et, pour ne point faire d'erreur, *il faut avant tout préciser et marquer, au crayon ou à l'encre, l'interligne articulaire*, que l'on trouvera toujours *suivant une ligne horizontale qui passe par le sommet de la rotule*. Cet interligne étant fixé, plus d'erreur possible : *au-dessus, on appuie sur le fémur, au-dessous sur le tibia*. On pourra dès lors étudier ces deux os, et noter leurs modifications de volume, leur *sensibilité, les points douloureux osseux* ayant une grosse importance pour le diagnostic.

La recherche de l'interligne permettra de ne point confondre des points douloureux de cet interligne, ou *des ménisques qui s'y trouvent*, avec des points douloureux osseux siégeant sur le fémur ou sur le tibia.

Il reste à palper la *tête du péroné et son articulation*. Une lésion de ce côté, quand il s'agit de tumeur blanche du genou, peut avoir une réelle importance dans la détermination opératoire. Il ne faut donc jamais oublier cet examen, quand on se trouve en présence d'une arthropathie chronique du genou.

Il faut enfin étudier l'état des ligaments et il n'y a, pour cela, qu'un seul moyen, c'est de voir s'il existe des *mouvements de latéralité* dans le genou. On sait que normalement, dans l'extension, il n'existe aucun mouvement de latéralité dans cette articulation. On peut en trouver, au contraire, lors de vieilles arthropathies qui ont disloqué la jointure. Donc, fixez d'une main solidement la cuisse, pour éviter toute cause d'erreur, et de l'autre essayez de mobiliser la jambe dans le sens transversal. Le degré de mobilité transversale vous donnera la mesure de l'atteinte ligamentaire et de la dislocation articulaire.

On a étudié les *ménisques* après la recherche de l'interligne articulaire, et l'on a terminé l'examen de la jointure proprement dite. Il est nécessaire, maintenant, de passer en revue les *parties molles péri-articulaires*, tout autour de la jointure, en ayant bien soin de ne pas oublier *le creux poplité*. Tout cet examen est important. On trouve parfois en avant ou sur les côtés de la jointure des collections purulentes, des abcès froids communiquant ou non avec la synoviale. Il faut les étudier attentivement et ne pas prendre une collection péri-articulaire pour une distension de la synoviale.

Pour étudier le *creux poplité*, faites coucher le malade sur le ventre, examinez la région dans la flexion et dans l'extension ; vous trouverez là fréquemment de l'infiltration des parties molles, ou des abcès ou encore des kystes synoviaux en rapport avec la distension de la grande synoviale articulaire. Cet examen du creux poplité est indispensable et son omission peut conduire à une erreur de diagnostic ou de thérapeutique.

C'est le moment d'explorer la *musculature péri-articulaire*, les muscles de la jambe et surtout *le quadriceps fémoral*. On sait avec quelle rapidité ce muscle fond et s'atrophie dans toutes les atteintes de l'articulation du genou, et il faut noter le degré de cette atrophie, en prenant, *sur les deux cuisses*, à une hauteur exactement symétrique, la circonférence du membre.

Il ne reste plus, pour achever cet *examen local*, qu'à interroger le système ganglionnaire correspondant, afin de voir si la lésion articulaire n'a pas eu son retentissement ganglionnaire. Explorez donc les ganglions du triangle de Scarpa (vous avez déjà vu s'il y a des ganglions dans le creux poplité) et n'oubliez pas de remonter un peu plus haut, jusque dans la fosse iliaque. Bien souvent, c'est la constatation d'une adénopathie inguino-crurale ou iliaque qui vous conduira à votre diagnostic.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Formation d'une race d'hématozoaires du paludisme résistante à la quinine, par le Dr Arthur Neiva, assistant à l'Institut Oswald Cruy (*Memorias do Instituto Oswaldo Cruy*).

L'auteur a eu l'occasion d'observer au Brésil un grand nombre d'ouvriers habitant un foyer palustre très intense. Ces ouvriers étaient soumis à la prophylaxie quinique (sulfate de quinine de provenance allemande, 0.50 centig. tous les trois jours).

L'auteur a pu constater : 1° Que la quantité de quinine suffisante au début ne tardait pas à devenir inefficace, que les doses devaient être rapprochées, d'abord tous les deux jours, puis tous les jours. L'auteur cite notamment l'exemple d'un médecin qui prit journellement 0.50 centigr. de quinine et qui, après avoir cessé pendant deux jours l'usage de la quinine préventive, eut un violent accès de fièvre tierce maligne ;

2° Il a reconnu en second lieu que les individus, qui par suite d'une quinisation régulière étaient indemnes de malaria dans une localité, perdaient cette immunité lorsqu'ils se rendaient dans une autre ville exempte de paludisme où ils croyaient pouvoir cesser l'usage de la quinine ;

3° Il a finalement vu que les doses thérapeutiques actives au début devenaient insuffisantes plus tard.

L'auteur conclut : Le traitement quinique préventif des populations infectées par la malaria, s'il n'est pas appliqué en même temps à l'ensemble des habitants d'une région, fournit à l'hématozoaire le moyen d'acquérir peu à peu une résistance telle contre le spécifique qu'il fasse naître une race différente. Si toutes les conclusions de M. Neiva sont exactes, et certaines le sont sans conteste, la prophylaxie du paludisme par la quinine ne devrait être organisée qu'avec prudence. On arriverait, telle me semble être l'idée de M. Neiva, à créer une race d'hématozoaires tout aussi réfractaires à la quinine que les Trypanosomes.

Il me paraît incontestable que la prophylaxie par la quinine ne met pas à l'abri du paludisme, qu'elle rend seulement la malaria latente. Par conséquent, l'accès éclatera dès que cessera l'ingestion du médicament. Cela, je le sais par expérience personnelle. Mais jusqu'à maintenant M. Neiva est, je crois, le seul médecin à signaler l'accoutumance de l'hématozoaire à la quinine.

A propos des prétendus dangers de la santonine, par le Dr A. Mayor, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Genève (*Sem. méd.*).

Pourvu qu'on les administre de façon usuelle, 0 gr. 03 centigr. de santonine représentent une dose parfaitement inoffensive pour un enfant de cinq ans. Seulement, il est prudent de se rappeler la règle générale formulée par mon maître, M. le professeur Bouchard, au sujet des antiseptiques intestinaux, règle qui vaut, cela de soi, pour les parasiticides, et qui exige des médicaments de ce genre qu'ils se présentent sous une forme très peu soluble. Très médiocrement absorbés alors, ils exercent leur action antiseptique sur le milieu intestinal dans toute l'étendue du tube digestif, tandis qu'ils ne courent guère le risque d'intoxiquer le malade.

Si la santonine, comme tous les médicaments actifs, peut provoquer des accidents chez certains individus prédisposés, elle n'est point cependant aussi dangereuse que pourrait le faire supposer, à première vue, l'observation de M. Baxter. Il faut seulement, lorsqu'on l'administre, se garder de lui ravir sa précieuse qualité de substance presque insoluble; d'autre part, il n'est pas indifférent de se rappeler que la faiblesse du sujet commande d'abaisser la dose usuelle, et que l'apparition de la xanthopsie impose la cessation du traitement. Enfin, n'oublions pas qu'on a accusé, peut-être à tort, le dosage des pastilles officinales de n'être point régulier. Je dois dire que, à l'exemple de mon père, j'ai toujours manié la santonine assez largement en la prescrivant sous forme de poudre: et, bien que l'utilisant très fréquemment, je n'ai, pas plus que lui, vu survenir d'accidents dépassant la xanthopsie. Encore n'ai-je observé celle-ci que très exceptionnellement.

Sur la vente de produits anticonceptionnels, par le Dr Laumonier (*Soc. de Thérap.*).

L'auteur a expérimenté quarante suppositoires à base de chinosol et de sulfate de quinine. Ils ont été introduits dans le vagin de chiennes en période de rut. Ils ont eu pour effet de provoquer la répulsion du mâle, si bien qu'une seule chienne a pu être couverte, une fois seulement. Elle n'a pas eu de petits. Chez deux chiennes, la période de rut a été raccourcie.

Une chienne a été sacrifiée après quatorze jours d'introduction quotidienne de suppositoires ; on a constaté de la congestion de la muqueuse vaginale et de la métrite du col.

On peut donc conclure que l'usage des produits anticonceptionnels est nuisible et dangereux.

A propos de l'inhalation (*Soc. d'hydrologie*).

M. Cany, revenant sur la discussion qui a eu lieu dans la dernière séance, fait remarquer que MM. Jeannel et Percepied réclament pour l'inhalation du Mont-Dore des vapeurs et des gaz moins chargés de principes minéralisateurs que l'eau elle-même, paraissant même redouter une minéralisation trop forte, de peur d'empêcher l'effet sédatif qu'on recherche.

A La Bourboule, au contraire, on vise à ob-

tenir dans la salle d'inhalation une atmosphère aussi saturée que possible d'eau brumifiée. contenant au maximum tous ses éléments constituants: il y a donc diversité absolue dans les principes des deux méthodes et dans les effets obtenus. Au Mont-Dore, on s'adresse à l'élément nerveux et on cherche la sédation. A La Bourboule, on cherche à faire pénétrer dans les tissus des voies respiratoires les éléments chlorurés sodiques et arsénicaux capables d'en modifier l'état lymphatique dont ils excitent la nutrition torpide.

Le « Veronidia » dans les maladies nerveuses et mentales, par le M. Dr Bourilhet (*Archives internationales de Neurologie*).

L'auteur a expérimenté dans le service de M. le docteur Marie, à Villejuif, une préparation nouvelle: le Véronidia, solution de diéthylmalonylurée (Véronal) dans un extrait fluide de plantes sédatives.

Il conclut, après un certain nombre d'observations publiées, que le « Véronidia », dont la tolérance est parfaite, évite tous les inconvénients du Véronal ingéré en nature, tout en exaltant ses propriétés, et, en particulier, son action sédative.

REVUE D'OPHTALMOLOGIE

Brûlures, par M. Pouvard, ophtalmologiste de l'hôpital Beaujon. (*Prog. méd.*)

Parmi les affections oculaires que le médecin peut être appelé à soigner d'urgence, viennent au premier rang les brûlures. Le médecin doit, dans bien des cas, intervenir immédiatement, même si l'ophtalmologiste n'est qu'à quelques minutes de l'endroit où s'est produit l'accident. Dans les brûlures par caustiques, c'est souvent de sa décision et de la rapidité de son intervention que dépendent le salut ou la perte des yeux. Il faut donc que le médecin, en présence d'une brûlure des yeux, sache ce qu'il doit faire.

Brûlures par le feu (flamme, explosion de gaz). — Les brûlures par le feu sont en général localisées aux paupières; elles n'atteignent pas la conjonctive ni la cornée, à l'encontre de ce qui se passe dans les brûlures par projection de substances caustiques (vitriol, acides, chaux, eau bouillante). La vue de la flamme provoque sans doute un clignement brusque qui protège le globe oculaire.

Quand la brûlure est légère, les cils sont roussis et la peau est le siège d'un érythème modéré. Une onction sur la peau et le bord palpébral avec un peu d'huile d'olive et un pansement sec suffisent à assurer la guérison qui survient en un ou deux jours.

Cependant à la suite d'une explosion des grains de poudre peuvent pénétrer dans l'œil, se loger dans les culs-de-sac conjonctivaux ou s'incruster à la surface de la cornée. Avant d'appliquer le pansement, il faut donc explorer les culs-de-sac conjonctivaux, la surface de la cornée et enlever tous les corps étrangers.

La brûlure peut être plus forte, détruire l'épiderme et même atteindre le derme. Mais il est difficile, aussitôt après la brûlure, de juger de son étendue en profondeur et de formuler une opinion sur ses conséquences.

Sans vous préoccuper, à ce moment, des conséquences exactes de la brûlure, aseptisez toute la région brûlée (1) afin que, au moment des escharres de l'épiderme ou du derme, la plaie ne soit pas le siège d'infections secondaires et appliquez un pansement sec aseptique. Il est inutile d'utiliser toutes les variétés de pommades médicamenteuses qui sont préconisées contre les brûlures). N'utilisez (et cela n'est pas toujours nécessaire) que de l'huile ou de la vaseline stérilisées; au bout de trois ou quatre jours, faites un autre pansement et ainsi de suite jusqu'à la guérison.

(1) Savonner légèrement les paupières closes et laver ensuite avec une solution de cyanure d'hydrargyre à 15.000.

Trois ou quatre jours après la brûlure, au moment du deuxième pansement, on peut se rendre compte de la profondeur de la brûlure. S'il existe une ulcération atteignant le derme, il faut, pour éviter, en partie du moins, les rétractions cicatricielles, pratiquer la suture des paupières (blépharorraphie).

Les déviations des paupières, les rétractions cicatricielles sont en effet le grand danger des brûlures lorsqu'elles atteignent le derme. Pour faire disparaître une déformation horrible à voir et surtout, pour préserver l'œil resté à découvert, on est obligé, plus tard, après cicatrisation de la brûlure, de pratiquer la réfection autoplastique de la paupière rétractée.

Brûlures par substances caustiques (acides, alcalis, eau bouillante, etc.). — A l'encontre de celles qui sont produites par le feu, les brûlures par caustiques atteignent presque toujours la conjonctive et le globe oculaire; c'est de là que vient toute leur gravité.

La série des substances caustiques qui peuvent atteindre l'œil est nombreuse. Les plus fréquentes sont l'acide sulfurique, la chaux, l'acide nitrique. Elles ont une ation destructive très différente les unes des autres, mais toutes, elles peuvent amener des complications oculaires graves.

L'eau bouillante projetée sur le globe oculaire peut, à elle seule, amener la destruction des couches superficielles de la cornée et la cécité.

Quand, après une brûlure par caustiques, on fait l'examen de l'œil, on constate une tuméfaction des paupières d'abord légère, puis considérable; en écartant les paupières on aperçoit la cornée déjà blanche, opaque ou encore transparente. La conjonctive dans les culs-de-sac et sur le bulbe est d'abord d'un blanc mat sans vaisseaux à sa surface; les jours suivants, elle perd sa coloration blanche, rougit et se tuméfie; les escharres s'éliminent et peu à peu, et lentement, la réparation se fait.

Plus tard, après réparation, il se produit des cicatrices rétractiles qui déplacent les paupières, déforment des culs-de-sac conjonctivaux et créent, entre les paupières et le globe, des adhérences qui empêchent ou gênent les mouvements de l'œil.

Le *traitement* varie suivant les cas.

Si le brûlé vient aussitôt après ou peu de temps après l'accident, votre premier soin doit être d'enlever mécaniquement tout ce qui peut rester de substance caustique dans l'œil et sur les paupières.

A l'aide de ce que vous avez sous la main (stylets, linge, papier buvard, ouate), débarrassez vite les culs-de-sac conjonctivaux et la surface du globe.

Faites ensuite une large irrigation à l'eau, une très large et très abondante irrigation, une irrigation détersive, une irrigation qui enlève mécaniquement ou dilue considérablement les substances caustiques.

En introduisant une trop petite quantité d'eau, vous dissolvez le caustique, vous en faites une solution concentrée, plus nocive que le caustique à l'état sec. Il faut enlever avec un instrument ou irriguer très largement. Il est mauvais d'humecter.

Cela fait, aseptisez la région et appliquez un pansement sec stérile. Comme topiques, mettez dans l'œil une goutte d'huile stérilisée et sur la peau de l'huile ou de la vaseline stériles (1).

Quand l'œil est atteint, il faut renouveler le pansement une ou plusieurs fois par jour.

Rien n'est plus difficile que de porter un *pronostic* au moment d'une brûlure de l'œil par caustique ou par eau bouillante.

(1) Tous ces traitements sont grandement facilités par l'instillation dans l'œil de quelques gouttes de chlorhydrate de cocaïne à 4 p. 0/0.

A la suite d'une brûlure par acide sulfurique, la cornée peut, au premier examen, conserver sa transparence et le lendemain s'opacifier complètement et définitivement. Après projection d'eau bouillante dans l'œil, la cornée peut être blanche, opaque, et deux jours plus tard recouvrer sa transparence. Tout dépend de la profondeur de la brûlure: si l'épithélium seul est atteint, la transparence revient; si les lames cornéennes sont intéressées, il en résulte des opacités définitives. Soyez donc toujours très réservés dans vos pronostics sur les brûlures de l'œil.

Résumé du traitement :

a) En présence d'une brûlure par le feu :

1° Lavage aseptique ou légèrement antiseptique avec une solution de cyanure d'hydrargyre à 1/5000.

2° Vaseline stérile, huile stérile ou rien.

3° Pansement sec.

b) En présence d'une brûlure par caustiques :

1° Enlèvement des caustiques d'abord avec des instruments solides (stylet, ouate, etc.) : ensuite avec une irrigation d'eau abondante.

2° Vaseline ou huile stérile.

3° Pansement sec.

L'instillation de cocaïne à 4 0/0 facilite ces manipulations.

Pour le *pronostic*, un conseil pratique :

Réservez toujours votre pronostic, parce qu'une brûlure d'apparence légère au début peut amener des troubles graves, et une brûlure d'apparence grave peut ne laisser que des troubles visuels nuls ou insignifiants.

REVUE DE PHYSICOTHÉRAPIE

La Kinésithérapie dans le traitement des crampes professionnelles. — Massage et rééducation, par le Dr P. Kouindjy, chef du service de rééducation et de massage de la clinique Charcot (Salpêtrière). (*Revue des agents physiques.*)

Il existe trois formes de crampes professionnelles bien étudiées : la forme spasmodique, paralytique et trémulante. Toutes ces formes se rencontrent surtout dans la crampe des écrivains la plus répandue et la mieux étudiée des crampes professionnelles. Duchenne de Boulogne a établi l'origine centrale des crampes, alors que V. Poor a surtout accusé l'origine périphérique. L'auteur partage l'avis de Poor, mais assimile la crampe professionnelle à l'ataxie, d'où il conclut que pour agir contre ce trouble moteur, il faut avoir recours à une rééducation de l'écriture. Comme la cause périphérique affaiblit les organes, qui entre en grande partie en action pendant qu'on écrit, il faut aller les soigner directement. De ces organes, il faut surtout s'occuper des muscles. Deux groupes musculaires contribuent à former l'écriture : les extenseurs et les fléchisseurs. Dans la crampe professionnelle, les fléchisseurs sont en état de contracture, masser les extenseurs et laisser tranquilles les fléchisseurs. En partant du même principe, l'auteur fait apprendre à ces malades, l'écriture avec la main renversée. Pour ce faire, il fait placer la main du malade sur la face dorsale, le porte-plume se trouve entre la face palmaire du pouce et celle des autres doigts. Le malade commence par s'habituer à faire des bâtons, des ronds, des lettres, et, enfin, des mots. Il réapprend l'écriture comme pendant l'enfance. il apprenait à écrire. Mais dans cette façon d'écrire. le Dr Kouindjy met une condition, que le malade ait recours à l'encre dans des intervalles très fréquents. Ces intervalles qui servent à ce que le patient trempe sa plume dans l'encre, servent en même temps à laisser reposer les muscles extenseurs. C'est ainsi, qu'au début du

traitement le malade fait un *a* par exemple, en deux fois : d'abord le rond et, ensuite le bâton. Entre ces deux signes, il cherche de l'encre. La lettre *m* se fait en trois temps avec deux prises d'encre. Lorsque le malade sait déjà bien écrire, il commence par éloigner les prises d'encre et ne trempe sa plume qu'après un mot, deux mots, etc.

Les exercices de l'écriture ne se font qu'une fois par jour et dans une période de temps, qui ne doit pas dépasser un quart d'heure, vingt minutes. Quand le malade arrive déjà à pouvoir facilement écrire, l'auteur lui permet de reprendre l'écriture ordinaire et d'alterner avec celle de la main renversée. De cette façon, quand le malade ressent le spasme venir pendant l'écriture ordinaire, il n'a qu'à renverser la main et écrire avec la main renversée ; l'écriture avec des fléchisseurs *se tranforme en écriture avec des extenseurs*, ce qui permet au spasme de disparaître.

Outre l'écriture, l'auteur exerce ses malades à exécuter différent signes, comme le 8 prolongé, les lignes verticales, diagonales, transversales, etc. ; des exercices avec des prismes triangulaires, le casier, le jeu de la planchette, etc. Ces exercices sont encore accompagnés par des exercices au moyen d'une canne, d'une rondelle, des différents poids, de la balle, etc. Tous ces derniers exercices ont pour but d'activer la tonicité musculaire des extenseurs et de mettre leur force à peu près au même niveau que la force musculaire des fléchisseurs.

Règle générale, le malade doit abandonner son travail au moins pour trois mois. Chez un malade aisé, c'est chose facile à obtenir. Mais chez un employé comptable, caissier, etc., le repos prolongé est difficile à avoir et le résultat s'obtient également avec beaucoup d'incertitude.

Dans le traitement des crampes professionnelles on a à compter avec l'état psychique du malade. Dans ce cas, la rééducation doit tenir la place prépondérante, la massothérapie vient après ; à côté de la massothérapie, il faut faire aussi de la psychothérapie. Il faut encourager le malade et le traiter avec ménagements, il ne faut pas se figurer qu'on peut le suggestionner. Il faut lui montrer par la marche progressive de l'amélioration de son écriture qu'il est encore capable de reprendre l'écriture et, par conséquent, pourra continuer sa profession et gagner sa vie. La rééducation de l'écriture et le massage méthodique sont les deux agents principaux qui sont en mesure d'influencer favorablement l'état psychique de ces malades.

REVUE DE BIOLOGIE

Régulation immédiate, de la tension artérielle par sollicitation des centres manostatiques bulbaires, par M. P. Bonnier.

Le maintien d'un niveau normal de tension est dû à la vigilance et à l'activité de centres manostatiques situés, dans le bulbe, à un étage dont l'auteur a cherché la projection périphérique segmentaire, sur la muqueuse nasale. Une minime galvanocautérisation en ce point permet de rétablir, dans la plupart des cas, presque immédiatement et parfois pour des mois, la tension normale. L'auteur en donne une série de cas types, Basedow, ménopause, artériosclérose, etc.

(*Soc. de Biol.*).

Spirillose expérimentale et allaitemant

MM. L. Nattan-Larrier et P. Salmon, s'inspirant de travaux récents sur l'action curative du lait des mères atteintes de syphilis et traitées par l'arsenobenzol, ont recherché, d'une part, si le lait d'une femelle guérie de spirillose (spirilles d'Obermeier ou spirilles de Duiton) exerçait une action préventive ou curative sur la spirillose des petits ; d'autre part, ils se sont demandés si le lait des femelles infectées de spirillose et traitées par l'arsenobenzol possédait une action préventive ou curative sur les maladies des petits. De l'ensemble de ces expériences, on peut conclure que le lait ne contient pas d'anticorps spirillaire, que l'infection ait été traitée ou ait guéri spontanément ; la spirillose des petits, nourris par une mère guérie de spirillose, évolue en effet malgré l'allaitement maternel et est aussi grave, aussi intense et aussi rapide que celle des témoins.

(*Soc. de Biol.*).

Evolution de la cholestérinémie au cours de l'état gravidique et puerpéral, par MM. Chauffard, Guy-Laroche et Grigaut.

Le taux de la cholestérine du sérum est parfois augmenté dans la première période de la grossesse. Dans les deux derniers mois, l'hypercholestérinémie est constante ; elle se continue jusqu'à l'accouchement, à la suite duquel elle diminue, pour reprendre, vers le onzième jour, le taux normal. Elle n'est influencée ni par l'allaitement, ni par l'âge des gravidiques, ni par le nombre des grossesses ; par contre, elle est modifiée par un certain nombre de causes toxiques ou infectieuses.

(*Soc. de Biol.*).

CARNET DU PRATICIEN

Toux du tuberculeux

Le tnberculenx doit faire l'édncation de sa toux.

1° *Toux nerveuse*. Badigeonnages dn voile dn palais et du pharynx avec la solution :

Bromure de potassium...... 30 grammes
Eau bouillie............ 100 cc.

On bien :

Bromure de potassium...... 6 grammes
Eau de laurier-cerise...... 10 —
Sirop d'éther............ 30 —
Hydrolat de valériane...... 120 —
3 à 4 cnillerées à sonpe par jour.

2° *Toux pharyngée*. Gargarismes avec :

Naphtol β .... 0 gr. 20
Alc. de rac. d'aconit......... 1 gramme
Perborate de soude......... 15 —
Hydrolat de menthe......... 200 —
Eau houillie, q. s. p......... 1 litre

Badigeonnages dn pbarynx avec :

Chlorhyrdr. de cocaïne...... 0 gr. 25
Eau bouillie............ 100 grammes

S'il existe des grannlations pharyngées, l'on fera des applications de :

Chlorhydr. de cocaïne........ 0 gr. 10
Résorcine............ 1 gramme
Glycérine pure .... 30 —

On bien :

Teinture d'aconit............ 1 gramme
Laudanum............ 2 —
Teinture d'iode............ 2 —
Glycérine pure .... 30 —

3° *Toux laryngée a)*. Irritation laryngée :

Pulvérisation d'ean chande additionnée de quelques gouttes d'eucalyptol.

Renand fait respirer au malade ce mélange :

Fleurs de tilleul.......... 2 grammes
Carbonate de potasse........ 3 —
Feuilles de coca............ 5 —
Eau bouillante............ 250 —
Essence de menthe......... V gouttes

Faire des applications de compresses chaudes devant le cou ou placer des sinapismes.

En cas d'échec, on prescrira :

Bromure de potassium...... 3 grammes
Hydrolat de tilleul......... 150 —
Teinture de belladone...... XII gouttes
— de bryone......... XII —
Alcoolat. de racines d'aconit XV —
3 à 4 cuillerées à soupe dans les 24 heures.

b) Phtisie laryngée :

Attouchements, par le spécialiste, des cordes vocales et de l'épiglotte avec l'acide chromique, qui constitue un médicament dangereux, le baume dn Pérou, etc.

4° *Toux trachéale*, souvent difficile à enrayer. C'est sur elle qu'agi la suggestion.

5° *Toux bronchique et pulmonaire*. Faire des inhalations de vapeurs médicamenteuses :

Menthol............ 0 gr. 50
Acide phén. neigeux......... 1 gramme
Teinture thébaïque......... 5 —
— d'eucalyptns......... 10 —
Eau dist. de laurier-cerise .. 50 —
Eau distillée............ 150 —
Alcool............ 30 cc.
1 C. à s. d. une casserole d'eau bouillante.

Enrayer les sécrétious bronchiques par :

Extr. de datura stram......... 0 gr. 005 mill.
— thébaïque......... 0 gr. 01
Pour 1 pil. ; 3 pil. à demi-heure d'intervalle.

Ventouses sèches, sinapisation.

Dans certains cas on emploiera les expectorants (oxyde blanc d'antimoine, kermès).

La toux émétisante sera surtout traitée par voie rectale :

Poudre d'opium brut......... 0 gr. 10
Beurre de cacao .... 3 grammes
Pour 1 suppositoire.

Si la toux ne cède pas à ces moyens, on aura recours aux opiacés :

Extrait thébaïque .... 0 gr. 01
Pour 1 pilule ; 5 à 6 dans les 24 heures.

On bien :

Extrait thébaïque......... 0 gr. 10
Eau de laurier-cerise......... 10 grammes
— de tilleul......... 140 —
4 à 6 cuillerées à soupe.

On peut employer le sirop de morphine (3 c. à soupe) ou de codéine (3 c. à café).

On injectera même un centigr. de morphine, sans oublier qu'une injection chez les tnberculeux cavitaires, peut déterminer la mort par asphyxie.

La dionine est prescrite en pilules de 0 gr. 01 (2 ou 3 par jour).

Rénon conseille, lorsque les opiacés sont dangereux on ont échoué, de faire prendre trois à qnatre fois V gouttes du mélange :

Teinture de belladone......... 4 grammes
— de datura stramon.. 4 —
— de jusquiame......... 6 —

6° La *toux pleurale* comporte l'usage de révulsions variées.

7° La toux due à l'*adénopathie trachéo-bronchique* est rebelle, pénible, émétisante.

On aura recours à la médication calmante.

8° *Toux gastrique*, régime semi-végétarien ou lacto-végétarien.

Avant le repas, donner deux gouttes de laudanum de Sydenham.

Après le repas, IV à VI gouttes de la solution suivante :

Dionine......... 0 gr. 20
Eau de laurier-cerise......... 10 grammes

Lorsque la toux survient après le repas, faire prendre 1 cuillère à soupe de :

Chlorhydrate de cocaïne......... 0 gr. 05
Codéine......... 0 gr. 05
Eau chloroformée......... 40 grammes
— de chaux .... 160 —

Engelures

1° Baigner les mains matin et soir, dans la décoction de feuilles de noyer ;

2° Frictionner ensuite avec de l'alcool camphré ;

3° Poudrer avec :

Salicylate de bismnth......... 10 grammes
Amidon......... 60 —

4° Le soir, avant de mettre cette poudre, on peut frictionner avec :

Glycérine......... 50 grammes
Eau de roses......... 50 —
Tannin .... 1 —

5° Si les engelures sont ulcérées, les envelopper de feuilles de noyer ramollies dans l'eau chaude.

(E. Besnier.)

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 17.500 exemplaires
Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 33, rue J.-J. Rousseau
Le Gérant : Docteur Lucien-Graux.

ÉCHOS

Mesures contre la dépopulation en Belgique.

M. Wœste, leader de la droite, vient de déposer à la Chambre une proposition de loi qui tend à compléter l'article 353 du Code pénal en punissant d'un emprisonnement de un an à trois ans les médecins, sages-femmes et pharmaciens qui auront recommandé des moyens de faire avorter une femme.

De plus, la proposition Wœste prévoit un emprisonnement de six mois à trois ans et une amende de 200 à 3.000 fr. pour quiconque, soit par des discours prononcés dans des lieux publics, soit par la vente, la mise en vente ou l'offre même non publique, l'exposition, l'affichage ou la distribution d'écrits, d'imprimés ou de gravures de remèdes, d'instruments ou objets quelconques, aura provoqué à l'avortement, que cette provocation ait été suivie ou non d'effet.

Interdiction de prendre des inscriptions universitaires aux étudiants sous les drapeaux.

Des étudiants sous les drapeaux ayant été autorisés à suivre des cours, et ayant cru pouvoir, en conséquence, prendre des inscriptions ou passer des examens, le ministre de la Guerre vient de faire connaître aux commandants de corps d'armée qu'aucune autorisation de cette nature ne doit être accordée : tout acte de scolarité est interdit aux étudiants sous les drapeaux.

Toutefois, ceux qui en ont déjà pris cette année pourront les continuer.

Honorariat.

MM. Dieulafoy, Lacombe, Tapret, Muselier sont nommés médecins honoraires des hôpitaux.

M. Maygrier est nommé accoucheur honoraire des hôpitaux de Paris.

MM. Galippe et Cruet sont nommés dentistes honoraires des hôpitaux

M. Portes est nommé pharmacien honoraire des hôpitaux.

Commission permanente du Codex.

A la suite de la mise en vigueur de la Pharmacopée française de 1908, la nomination d'une Commission permanente du Codex a été reconnue comme de première nécessité.

Cette Commission, nommée par arrêté du 16 avril 1910, s'est réunie dernièrement pour la première fois au ministère de l'Instruction publique, sous la présidence de M. Bayet, directeur de l'enseignement supérieur. Après avoir rappelé que les vice présidents de la Commission sont MM. Landouzy, doyen de la Faculté de médecine, Guignard, professeur à l'Ecole supérieure de pharmacie, et Marty, inspecteur honoraire du service de santé, M. le Président a proposé de partager les travaux entre six sous-commissions, comme on l'avait fait pour le Codex de 1908.

Ces six sous-commissions sont ainsi composées : 1° *Contentieux et médecine légale.* — MM. Bayet, président; Landouzy, Crinon, Eugène Roux et Générez, secrétaire; 2° *Matière médicale.* — MM. Guignard, président; Léger, Loiseau et Perrot, secrétaire; 3° *Médicaments chimiques.* — MM. Marty, président; Jungfleisch, Gautier, Adam, Buchet, Vaudin et Moureu, secrétaire; 4° *Médicaments galéniques.* — MM. Bourquelot, président ; Mosny, Yvon, Michel et Grimbert, secrétaire; 5° *Sérums et produits physiologiques.* — MM. Landouzy, président; Emile Roux, Bourquelot, Chassevant et Yvon, secrétaire; 6° *Médicaments vétérinaires.* — MM. Adam, président; Emile Roux et Yvon, secrétaire. M. Générez, chef de bureau de l'Enseignement supérieur, est désigné comme secrétaire général.

Il a été décidé qu'on publierait dès la fin de l'année, si cela est possible, un premier supplément comprenant les errata et les modifications ou additions urgentes.

A Saint-Lazare.

Nous sommes heureux d'apprendre la nomination de notre distingué confrère, le Dr Maurice Marx, comme chirurgien de Saint-Lazare.

Le Congrès de la Peste.

Moukden, 23 mars. — Un Congrès contre la peste, auquel participeront les médecins étrangers venus en Mandchourie et les médecins chinois, va s'ouvrir à Moukden. Le ministre de l'Interieur a présenté au trône le règlement de l'Institut contre la peste.

En outre, le prince Sou propose la création d'un département de l'hygiène. Les services éminents rendus par les médecins chinois dans la lutte contre l'épidémie actuelle montre que la Chine est à même d'opérer la réforme de l'hygiène populaire. Un édit impérial félicite le vice-roi Si-Liang de la situation sanitaire en Mandchourie, de l'ordre qui règne dans la province, ainsi que du bon fonctionnement des services administratifs. Le régent fait un vif éloge du vice-roi. Cet édit est commenté favorablement pour la cour, étant donnée l'énergie avec laquelle le vice-roi a demandé récemment la convocation du Parlement chinois.

REVUE FINANCIÈRE

Le mouvement de hausse s'est accentué sur la plupart des valeurs de la cote. Les Québec Railway que nous avions signalés à un cours avantageux viennent de monter en quelques jours d'une quinzaine de francs.

La hausse ne fait que commencer.

Beaucoup de valeurs de la cote sont à surveiller car elles n'ont pas fait encore leur mouvement en avant et ne peuvent pas ne pas le faire : les valeurs mexicaines, les Central Mining, les Rand Mines sont particulièrement intéressantes. Les Banques ont déjà monté. Nous avions signalé la Société Générale qui cotait il y a quelques jours 780 et qui vient de donner un coupon de 14 fr. 25. Elle cote déjà (coupon détaché) 772 et va encore monter. Les Briansk viennent de gagner 50 francs entraînés par le compartiment des valeurs industrielles russes.

A. S. Weil.

82e Année (Série XIIIe) — N° 90 Le Numéro : 25 Centimes Mercredi 19 Avril 1911

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

Abonnements et Vente au Numéro
Librairie Médicale J. ROUSSET
4, Rue Casimir-Delavigne
PARIS

ABONNEMENTS :

Paris et Départements	10 fr.
Union postale.........	15 fr.
Edition Espagnole	10 fr.
Edition Portugaise....	10 fr.

Les Abonnements partent du 1er Janvier

DIRECTION & RÉDACTION
11 bis, Rue Villebois-Mareuil, PARIS
DIRECTEUR :
Dr LUCIEN GRAUX
Lauréat de l'Institut

Ancienne *Gazette de Santé*
(139e Année)

Hors concours, Membre du Jury
Exposition franco-britannique 1908
Vice-Prés. Expos. Bruxelles Cl. 16

ÉCHOS

Hommage au professeur Grasset.

M. le professeur Grasset vient d'accomplir la trentième année de son enseignement magistral.

A cette occasion, un Comité d'organisation et un Comité d'honneur se sont constitués, et une souscription est ouverte, en vue d'offrir à M. le professeur Grasset son buste et une médaille commémorative à son effigie. L'exécution en a été confiée à M. Injalbert, l'éminent sculpteur, membre de l'Institut.

Toutes les souscriptions seront reçues avec reconnaissance et devront être adressées, le plus tôt possible, à M. L. Rimbaud, 18, rue Nationale, Montpellier. A celles qui atteindront ou dépasseront la somme de 25 francs sera réservé un exemplaire de la médaille.

Pour éviter l'altération de la teinture d'iode.

La teinture d'iode a l'inconvénient de s'altérer très rapidement.

Divers moyens ont été proposés pour remédier à cet inconvénient.

L'addition d'un sodium alcalin aurait l'avantage de permettre l'addition d'eau pour diluer la teinture d'iode, mais, par contre, élèverait sensiblement le prix de revient.

Le Dr Crouzel, de la Réole, propose de placer la teinture d'iode sur un lit de carbonate de soude, qui fixerait l'acide sodidbrique au fur et à mesure de sa formation.

La dot chez les femmes de médecins en Allemagne.

En Allemagne, les médecins, d'après Huret, ne travaillent guère que dans le but d'accroître le chiffre de la dot, apportée par leur femme

Plus ils ont de titres, plus le chiffre de la dot sera élevé.

Un médecin ordinaire peut prétendre à une dot de 50.000 mark (62.500 francs); un médecin spécialiste, à une dot de 100.000 mark (125.000 fr.); un privat-docent, à une dot de 150.000 mark; un professeur ordinaire, à 200.000 mark....

Banquet de l'Internat.

Le banquet annuel des anciens Internes et Internes en médecine des hôpitaux de Paris, aura lieu le samedi 29 avril, à 7 heures et demie à l'hôtel Lutétia, 43, boulevard Raspail, sous la présidence de M. le Dr Monprofit (d'Angers).

Le prix de la souscription est fixé à quinze francs pour les anciens internes et à douze francs pour les internes en exercice. Pour s'inscrire, envoyer son adhésion à M. le Dr Verchère, rue du Bac, 101, Paris.

Musée d'hygiène de la ville de Paris

Règlement d'admission

Le Musée d'Hygiène établi dans les bâtiments de l'ancien presbytère de Saint-Leu, boulevard Sébastopol, 57, comprend une bibliothèque spéciale et sept sections :

1re Section. — *Hygiène urbaine.* — Cette section renferme tout ce qui concerne l'alimentation en eau des villes, l'évacuation des matières usées (vidanges, égoûts, champs d'épandage, épuration des eaux usées, etc., etc.); l'établissement, l'entretien et le nettoiement de la voie publique; l'enlèvement et la destruction ou l'utilisation des ordures ménagères; les plans d'extension des villes; les parcs et squares; les cimetières; en un mot, tout ce qui contribue à assurer l'hygiène générale et est du ressort des Administrations municipales.

2e Section. — *Hygiène de l'habitation.* — Comprend : matériaux de construction, alimentation en eau, évacuation des matières usées, chauffage, ventilation et éclairage, distribution intérieure, mobilier dans ses rapports avec l'hygiène.

3e Section. — *Prophylaxie des maladies contagieuses.* — Cette section comporte tout ce qui concerne la désinfection publique ou privée; l'organisation et le matériel des laboratoires, la bactériologie, la surveillance et le contrôle des eaux d'alimentation, la vaccination, le transport des malades, les appareils à stériliser les objets ou les substances contaminées, etc., etc.

4e Section. — *Hygiène des collectivités.* — Application des appareils ou dispositions contenues dans les trois sections précédentes aux habitations collectives : hôpitaux, hospices, lycées, écoles, casernes, prisons, etc.

5e Section. — *Hygiène alimentaire.* — Halles et marchés, entrepôts, abattoirs, conservation des denrées alimentaires, surveillance des denrées, répression des fraudes, etc.

6e Section. — *Hygiène des transports.* — Chemins de fer, bateaux; voitures publiques ou privées au double point de vue de l'hygiène du voyageur et de la protection de la santé des localités parcourues (évacuation des matières usées notamment).

7e Section. — *Hygiène sociale.* — Dans cette section sera placé tout ce qui concerne les habitations à bon marché, la lutte contre la tuberculose et l'alcoolisme : les dispensaires, sanatoriums, refuges; la protection des enfants, etc., etc.

En même temps, une place y est réservée à tout ce qui touche l'hygiène individuelle, soins de propreté (bains, douches, etc.), exercices physiques, vêtements, etc.

Admission. — L'administration du Musée reçoit les dons d'appareils intéressants et dont la valeur hygiénique est bien établie.

Toute personne qui serait disposée à faire don au Musée d'un objet ou appareil, voudra bien en aviser le Conservateur qui soumettra l'objet proposé à l'examen de la Commission de surveillance et de perfectionnement des Services d'Hygiène.

C'est seulement après l'avis favorable de cette Commission que les objets proposés pourront être admis dans le Musée.

Ils y seront placés par les soins du Conservateur et les donateurs seront autorisés à les munir d'une plaque d'origine dont le modèle et les dimensions seront déterminés par l'administration.

Les appareils devront, au besoin, être accompagnés de dessins et coupes explicatifs dont les dimensions seront également fixées par l'administration.

Comme la place est mesurée, il est recommandé, surtout pour les appareils de grandes dimensions, d'en donner autant que possible des modèles réduits.

Enfin, la Commission d'admission déterminera les appareils qui pourront être installés dans des conditions de fonctionnement normal.

Tous les objets donnés au Musée deviennent, dès le jour de leur admission, la propriété de la Ville de Paris.

Celle-ci s'engage à les maintenir dans les galeries du Musée, pendant une période minimum de trois ans, à dater du jour où leur admission est notifiée au donateur.

Passé ce délai, l'Administration du Musée reste seule juge de décider, après avis de la Commission d'admission, du maintien dans les collections de l'objet donné, sans que le donateur puisse élever aucune réclamation, soit du fait du déplacement, soit du retrait des collections de cet objet.

Approuvé :
Le Sénateur, Préfet de la Seine,
Signé : J. de Selves.

Le conservateur du Musée se tiendra à la disposition des intéressés, tous les jeudis, de 3 heures à 6 heures et tous les autres jours sauf le vendredi, de midi à 2 heures.

Rechute de Diphtérie après une Rougeole

Par MM. les Docteurs Louis MARTIN
médecin en chef de l'Hôpital Pasteur
et Henri DARRÉ
assistant à l'Hôpital Pasteur et chef de clinique à l'Hôpital des Enfants malades

Nous avons reçu à l'hôpital Pasteur, le 15 février, un jeune enfant de trente-trois mois qui a présenté une rechute de croup et d'angine diphtérique. Elle est survenue trente jours après la dernière injection de sérum antidiphtérique qui avait été pratiquée aux Enfants-Malades dans le service du Dr Aviragnet.

Comme les faits de ce genre sont des plus rares (personnellement, nous n'en avons jamais observé depuis la sérothérapie), nous pensons qu'il est utile de rapporter cette observation et d'attirer ainsi l'attention sur la possibilité des rechutes de la diphtérie, sur les conditions qui provoquent ces rechutes et sur le traitement qu'on peut leur opposer.

Voici, tout d'abord, les renseignements que M. Aviragnet a bien voulu nous communiquer.

Cet enfant est entré aux Enfants-Malades le 11 janvier 1911 pour un croup léger. L'examen bactériologique montra des bacilles diphtériques courts et moyens.

Le petit malde reçoit, le 11 janvier, 40 centimètres cubes de sérum antidiphtérique et 20 centimètres cubes le 13 ; le 14, il a une éruption et le 15 un léger tirage ; il a de la bronchite, avec température au-dessus de 38 degrés, jusqu'au 25 janvier ; il quitte les Enfants-Malades le 29, soit dix-huit jours après son entrée, et rentre dans sa famille.

Le lundi 6 février, soit huit jours après être sorti de l'hôpital, il a une varicelle et les jours suivants une otite suppurée.

Le dimanche 12 février, soit quatorze jours après son départ des Enfants-Malades, il est soigné à domicile pour une rougeole par le Dr Vernière, qui a eu l'amabilité de nous communiquer les renseignements suivants :

L'éruption de la rougeole débute le 12 février et, dès le soir, le malade a 39°8. L'évolution de la rougeole est normale jusqu'au 15 février, c'est-à-dire pendant les trois premiers jours qui ont suivi l'éruption. Le 15, l'enfant est pris de suffocation et les parents le conduisent à l'hôpital Pasteur.

A son arrivée, on constate que la respiration est courte, rapide, mais il n'y a pas de tirage.

A l'examen de la gorge on trouve une angine intense ; une fausse membrane continue recouvre les amygdales, les piliers, la luette ; il y a du jetage et l'état général est mauvais.

On voit encore les derniers éléments, très pâles, d'une éruption de rougeole.

Pendant les trois premiers jours de son séjour dans notre service, cet enfant a reçu quotidiennement 20 centimètres cubes de sérum antidiphtérique.

A l'arrivée, on lui avait donné un bain sinapisé chaud (37 degrés) et, les jours suivants, des bains chauds. Tous les jours, deux lavages de la bouche et lavement d'un litre d'eau de guimauve.

Pendant les journées des 15, 16, 17, l'enfant a été très fatigué ; il était oppressé, restait souvent assis sur son lit ; la respiration était très rapide. Le 16, urticaire sur tout le corps. Un peu de tirage dans la nuit du 16 au 17. Cet état inquiétant a persisté jusqu'à la nuit du 17 au 18 ; mais le 18, à la visite du matin, nous avons constaté une notable amélioration de l'état général et la disparition presque complète des fausses membranes ; on voyait encore cependant quelques flots blancs sur les amygdales et sur la luette.

A partir du 18, la maladie suivit son cours normal et l'état s'améliora progressivement. Le 2 mars, soit douze jours après la dernière injection de sérum, il y eut une éruption scarlatiniforme et ortiée, par places, qui dura vingt-quatre heures, coïncidant avec une température de 39 degrés et un pouls à 150.

Depuis, l'enfant va bien.

A l'examen bactériologique nous avions trouvé un bacille diphtérique qui tuait le cobaye en trente-deux heures.

Comment devons-nous dénommer cette atteinte de diphtérie ? Est-ce une réinfection ou une rechute ?

Depuis le début de la sérothérapie on connaît la possibilité des réinfections dans la diphtérie. On sait aussi qu'après une injection de sérum à titre préventif, on peut voir survenir la diphtérie après un mois en moyenne ; personnellement nous avons une observation où le fait se produisit le trentedeuxième jour. Mais quand on traite un enfant par des doses élevées de sérum, il est généralement à l'abri, et pour un long temps, de toute nouvelle atteinte ; les récidives, si elles se produisent, ne se voient que six mois ou un an plus tard (1).

Si nous adoptons pour notre cas le nom de « rechute », c'est qu'à notre avis l'enfant avait conservé des bacilles diphtériques dans la gorge, et que ce sont les microbes de la première infection qui ont causé la seconde.

Les rechutes de diphtérie sont-elles fréquentes ?

Tous les auteurs ont noté des angines pseudo-membraneuses qui coïncident le plus souvent avec l'éruption sérique, surviennent du dixième au quinzième jour de la maladie, se traduisent par du gonflement des amygdales et souvent par des taches blanches isolées au niveau des cryptes. Ces amygdalites s'accompagnent parfois d'engorgement ganglionnaire et de fièvre. Quand on pratique l'examen bactériologique des exsudats, on peut ne trouver que des streptocoques ou une association de streptocoques et de bacilles diphtériques. Nous avons signalé ces angines dès l'année 1898 (2) ; nous ne les regardions pas comme des rechutes de diphtérie, mais comme une infection surajoutée. Dans ses leçons cliniques sur la diphtérie, M. Marfan décrit ces angines et les dénomme « fausses reprises de la diphtérie » ; il existe également des fausses reprises de croup au moment de l'urticaire. Ces faits sont fréquents, mais ils ne représentent que par rechutes de diphtérie.

(1) Cependant, dans une intéressante observation de MM. Nobecourt et du Pasquier (Société de Pédiatrie, juin 1903), on note une récidive trente-cinq jours après une première atteinte qui avait été traitée par de fortes doses de serum antidiphterique. Ces auteurs dénomment récidive cette seconde atteinte de diphtérie, car ils ont vu que, dans l'intervalle, le bacille diphtérique avait disparu de la gorge.

(2) Conférence pratique sur la diphtérie, par le Dr Louis Martin (*Médecine Moderne*, 2 février 1898).

Sous le nom de « diphtéries prolongées », M. Henri Barbier a, de son côté, rapporté des faits qui s'expliquent surtout par des associations microbiennes, et qui, en tout cas, ne rappellent point notre observation. Il signale, de plus, quelques récidives (1), sans donner les détails des observations. Nous les trouvons dans la thèse d'un de ses élèves (2), et deux au moins sont comparables à notre cas.

D'après ce qui précède, il est donc certain qu'on peut voir — bien que le cas soit très rare — une diphtérie, avec tous ses symptômes, survenir quelques jours après une première atteinte. Quelle explication comportent ces faits ?

Dans notre cas, il est probable que c'est la rougeole qui a permis la rechute en supprimant l'immunité, en produisant de nouvelles lésions des muqueuses et la gorge et du larynx, et en favorisant ainsi une repullulation du bacille diphtérique.

Tous les auteurs regardent la rougeole comme une maladie qui prépare le terrain de la diphtérie. Nous pouvons citer une observation où, manifestement, une diphtérie chronique et localisée est devenue envahissante à la suite d'une rougeole. Il s'agissait d'un enfant entré aux Enfants-Assistés pour une rhinite chronique pseudo-membraneuse. Il prend la rougeole, et, après l'éruption, il a du croup et meurt malgré les injections de sérum. A l'autopsie, on trouve des fausses membranes dans les fosses nasales postérieures, en arrière des piliers postérieurs et sur la muqueuse laryngée.

Nous pourrions rapporter également plusieurs faits personnels qui témoignent de la gravité de l'association rougeole et diphtérie et aussi des difficultés qu'on éprouve à guérir ces malades avec la sérothérapie ; en voici un très démonstratif :

Pendant notre internat chez M. Sevestre (1895), nous apprîmes qu'une épidémie de diphtérie décimait le service des rougeoleux. On n'admettait pas encore la pratique des injections préventives. Pour tâcher d'arrêter l'épidémie, nous ensemençâmes toutes les gorges et nous prîmes dans le service de la diphtérie 9 malades qui avaient des bacilles diphtériques longs dans leurs gorges ; plusieurs, du reste, avaient des lésions diphtériques au début. Tous furent aussitôt traités par le sérum et néanmoins, sur 9 malades, 8 succombèrent.

On sait aussi — et M. Netter a été le premier à appeler l'attention sur ce fait — que, chez les rougeoleux, les faibles doses de sérum administrées à titre préventif sont inefficaces. Pour protéger des rougeoleux contre la diphtérie, il faut donner au moins 10 centimètres cubes et surtout renouveler de temps en temps les injections.

Tous ces faits, qui sont bien connus, démontrent que les associations morbides affaiblissent profondément les défenses de l'organisme.

Le professeur Hutinel (3) a étudié tout particulièrement cette question et insisté sur l'importance des associations morbides, en

(1) Société médicale des Hôpitaux, 1901 et 1904.

(2) Cérard. Thèse de Paris, 1904.

(3) Professeur Hutinel. Association morbide et immunisations (leçon du 23 avril 1910 ; *Bulletin Médical*, 28 mai 1910, p. 508).

montrant pas de nombreux exemples cliniques que la plupart des infections, quand elles s'associent, s'influencent réciproquement ; une affection intercurrente peut modifier les allures d'une infection spécifique, s'opposer à l'immunisation de celui qui en est atteint et faire apparaître une rechute.

MM. Roux et Vaillard, ont, en outre, démontré expérimentalement qu'une infection antérieure ou postérieure peut empêcher les effets du sérum antitétanique.

Nous pensons que c'est un phénomène analogue qui s'est produit chez l'enfant dont nous publions l'observation. La rougeole a détruit l'immunité conférée par le sérum antidiphtérique et favorisé la rechute.

Dans les observations de la thèse de Gérard (1) se trouve un cas dans lequel une scarlatine a précédé la rechute ; dans un autre cas c'était une broncho-pneumonie.

Les faits que nous venons de résumer montrent donc que les rechutes de diphtérie sont possibles dans des conditions déterminées, en particulier quand certaines maladies suppriment l'immunité. C'est surtout vrai pour l'association rougeole-diphtérie.

Voyons maintenant quelle conduite on doit tenir dans ces cas de rechute.

Nous pensons qu'il faut, sans hésiter, traiter la rechute comme une diphtérie primitive. Souvent même on devra user d'une sérothérapie intensive, comme dans une diphtérie grave. Assurément il pourra arriver qu'on ait pris des laryngites rubéoliques, ou des érythèmes laryngés survenant au moment des accidents sériques, pour de la diphtérie. C'est donc inutilement qu'on aura donné le sérum, mais ce serait sans inconvénient, et on n'aurait pas le regret d'arriver trop tard s'il s'agissait vraiment d'une rechute de diphtérie.

Si nous insistons sur la nécessité de traiter par le sérum toute rechute, c'est que de nombreux médecins hésitent devant des réinjections. Ils craignent l'anaphylaxie.

On détourne trop facilement ce mot de son sens, qui est pourtant bien déterminé. On doit réserver le terme d'accidents anaphylactiques aux seuls accidents sériques, quel que soit le sérum, survenant immédiatement après les injections de sérum, et encore, pour être exact, faut-il ajouter : survenant chez des individus sensibilisés par une injection antérieure.

Or, depuis 1894, deux fois seulement, sur un nombre très considérable de cas, nous avons observé des accidents sérieux survenant pendant ou aussitôt après l'injection antidiphtérique, et, par conséquent, imputables à l'anaphylaxie. Dans un cas, chez un enfant de deux ans qui était très malade et qui avait du purpura, nous vîmes, avant la fin de l'injection, le malade devenir violet et présenter de la dyspnée ; puis il s'est remis. Cet enfant n'avait pas reçu de sérum antérieurement, et cependant il eut tous les symptômes d'anaphylaxie véritable.

A l'hôpital Pasteur nous notons toutes les réinjections ; nous n'avons jamais eu d'accidents; et M. Avirагnet nous a autorisé à dire que, de son côté, il n'hésitait jamais à pratiquer une réinjection chez un enfant.

Après une réinjection, on voit survenir, dans bien des cas, une urticaire précoce, comme dans notre observation. Malgré cette urticaire, nous donnons toujours, sans hésitation, une nouvelle dose de sérum, si elle est indiquée par l'état du malade, et elle n'entraîne aucun accident, du moins dans la très grande majorité des cas.

Les accidents anaphylactiques graves survenant au moment de l'injection antidiphtérique pourraient-ils être évités en se servant de la méthode de Besredka, qui consiste, comme on le sait, à débuter par une dose faible de sérum (par exemple 5 centimètres cubes), pour arriver à des doses plus élevées. Les résultats expérimentaux permettent de l'espérer, mais on ne sait pas pourquoi et chez qui ces accidents anaphylactiques se produisent. Au surplus, ils sont très rares. Pour le cas où on les redouterait, on pourra toujours commencer par 5 centimètres cubes de sérum sous la peau, et, trois heures après, 20 centimètres cubes, toujours sous la peau. On pourra encore faire précéder l'injection sous-cutanée d'un lavement contenant 20 centimètres cubes de sérum (1).

Telles sont les réflexions que nous voulions présenter au sujet de notre malade. Il serait utile de savoir si d'autres faits peuvent s'ajouter à ceux que nous connaissons, afin d'être fixé sur la fréquence des rechutes et des récidives et sur les résultats de la sérothérapie dans ces cas.

(1) Paris 1904.

(1) Les accidents graves d'anaphylaxie sérique surviennent surtout après des injections intraveineuses et intrarachidiennes chez des individus sensibilisés.

ACTUALITÉS MÉDICALES

Hôpitaux et Prisons

Par le Dr BARATIER

Machère-sur-Chose est une ville de 14e ordre par le nombre de ses habitants, mais de 1re classe par son épouvantable saleté ! Cette vieille cité phocéenne, grâce à ses rues boueuses, à ses maisons lézardées, à son eau polluée par tous les *exereta* animaux et humains, et à sa population cosmopolite qui lui apporte les germes pathogènes des cinq parties du monde, est un foyer permanent d'épidémies aussi nombreuses que variées et passe, à juste titre, pour la ville la plus malsaine de France et de Navarre.

(Car, naturellement, c'est une ville de France dont il s'agit... pareilles monstruosités ne se rencontrant nulle part ailleurs !)

Donc, les Ediles de *Machère-sur-Chose*, émus à la longue par l'insalubrité phénoménale de leur ville, se décidèrent dernièrement (les élections municipales ont lieu en mai 1912) à faire quelque chose de grand, de beau, de majestueux et d'humain pour laisser dans l'esprit de leurs doux électeurs les stigmates impérissables de leur génie !

Et, nos illustres *Machinchinois* votèrent à l'unanimité (plus une voix) un emprunt de 861.987 francs pour édifier une somptueuse prison !

Une prison... une prison modèle... !

Chaque cellule de condamné coûtera 9.000 francs environ, elle sera du dernier smart, d'un confortable anglais nouveau siècle, d'une élégance raffinée (électricité, lavabos en marbre, murs en glycéro-stuc ornés de fines marbrures, parquet dallé en mosaïque, waters-closets en pitchpin, papier de soie parfumé, etc., etc.) et dépassera de mille coudées le confort actuel du palais de Fresnes.

Les appartements de môssieur le directeur reviendront à 67.000 francs; l'économat sera un modèle du genre; les cuisines seront copiées sur celles d'un château princier dont il est inutile de donner le nom; les caves feront la pige à la feue *Maison Dorée* et un jardin, spécialement réservé à MM. les apaches *Machinchinois*, sera le pendant de celui qui fait les délices des Parisiens quand ils se balladent au Bois de Boulogne ou d'Ermenonville.

Dans deux ans, cette prison sera officiellement inaugurée... on décorera de rouge M. le Maire de *Machin-sur-Chose*, et, en lettres d'or, son nom figurera sur les tables de marbre de l'immortalité... avec ceux de ses collabos.

Quant à l'hôpital...

Personne ne songe à lui !

La population de *Machin-sur-Chose* comprend 77.000 habitants fixes et 10 ou 12.000 passagers... L'hôpital, construit dans le quartier le plus sale, il y a 150 ans, comprend 42 lits de médecine, 10 de chirurgie et 4 pour les femmes en couches; les enfants au-dessous de douze ans ne sont pas admis. Le médecin ne touche rien pour le service médical; le chirurgien a le même traitement et seule la sage-femme palpe 6 fr. 80 pour chaque mise au monde.

Le personnel laïque touche 25 francs par mois, il est mal logé, mal nourri, mal couché; il n'a pas droit au repos hebdomadaire... Quant aux bonnes Sœurs, elles sont au nombre de 4, pour assurer la quadruple tâche des malades, de la cuisine, de la lingerie et de la pharmacie !

Depuis vingt ans au moins, en haut lieu, on met en demeure la Municipalité de *Machin-sur-Chose* de réparer et d'agrandir l'hôpital... Mais les budgets passent... et l'hôpital reste tel quel !

Et quand une épidémie quelconque s'abat sur cette charmante cité, les malheureux crèvent sans soins, sans abri, sans secours !

Et c'est en France, c'est à l'aube du XXe siècle, c'est dans la capitale du monde, que l'on voit de telles monstruosités...

On dépense presque un million pour loger somptueusement et nourrir royalement les voleurs, les escarpes, les assassins et autres apaches *ejusdem Farinæ*... On gaspille l'or des contribuables pour aménager les cellules des coquins; on ne recule devant aucune dépense pour assurer le bien-être de la crapule...

Et quand il s'agit des honnêtes gens, quand il s'agit des travailleurs malades, quand il s'agit des malheureux et des miséreux tombés à bout de force devant la porte de l'hospice, cette porte reste close... *On n'a pas d'argent* ! Les coffres sont toujours vides (quelles que soient d'ailleurs les municipalités de l'Est, du Nord, du Sud ou de l'Ouest) quand il est question des malades, des indigents, des pauvres ! Le pain manque toujours aux infirmes, aux enfants, aux vieillards... Mais un apache a une cellule de 9.000 francs et coûte de nourriture 6 fr. 60 par jour !

Machin-sur-Chose n'est pas unique en son genre... Il en est de même dans notre bonne

vieille Lutèce ! Il y a trente ans que l'on doit faire des hôpitaux vastes, sains, munis de tout ce que la science, le progrès et le confort modernes ont inventé... On doit créer partout des laboratoires spacieux, largement outillés, hygiéniquement aménagés... On doit créer des chaires particulières dans tel ou tel centre hospitalier... On doit... mais on ne fait jamais rien... on n'a jamais rien fait... et on ne fera jamais rien...

Il n'y a pas d'argent de disponible !

Et les malades crèvent au coin des bornes faute d'un matelas d'hôpital... et les vieillards meurent de faim, faute d'un croûton de pain... et les enfants dorment leur éternel sommeil dans un berceau d'infortune faute d'un verre de lait !

Et l'Assistance publique a 60 millions...

Et la Ville de Paris a un budget annuel de 800 millions !

Et nous vivons en l'an de grâce 1911... siècle de lumière, de justice, de fraternité et d'humanité !

« Zuze un peu, mon bon ! »

REVUE CLINIQUE

Les orientations de la médecine (Leçon inaugurale du cours de pathologie interne), par M. le Professeur WIDAL.

Voyez tout d'abord ce qui s'est passé pour la symptomatologie. Constituée à l'origine par les signes apparents qui s'imposaient d'eux-mêmes à nos sens, elle a appris ensuite à compter avec les signes provoqués que seul l'examen du médecin peut révéler au lit du malade.

L'étude du symptôme apparent, qui est comme l'expression spontanée de la maladie, reste toujours la préoccupation primordiale du médecin. C'est par ce symptôme que nous prenons contact avec la maladie; c'est lui qui nous renseigne, dès l'abord, sur la souffrance de tel ou tel organe; il suffit dans bien des cas à établir le diagnostic, et quand il nous faut faire appel aux méthodes de laboratoire, qui seules souvent sont décisives, c'est encore lui qui nous oriente. Pratiquer chez un malade une ponction lombaire pour assurer un diagnostic de méningite cérébro-spinale, n'est-ce pas avoir déjà pensé à un état méningé ?

Comme toute science, la séméiologie est en perpétuelle évolution; elle représente l'héritage séculaire que les générations se transmettent les unes aux autres depuis les origines de la médecine. Songez à ce qu'il a fallu d'observation patiente, d'esprit critique pour arriver à discerner la valeur de ces signes précieux qui nous servent chaque jour dans la pratique. L'œuvre n'est pas achevée; la liste des symptômes n'est pas close. Chaque jour, la sagacité d'un observateur peut en faire surgir de nouveaux.

Depuis longtemps, on avait vu s'asseoir des sujets atteints de méningite, lorsque Kernig vint pour la première fois montrer que l'impossibilité de plier la jambe sur la cuisse dans cette attitude constituait un des signes révélateurs les plus sûrs des lésions méningées. Depuis longtemps aussi, on étudiait les réflexes plantaires chez les sujets atteints d'affections nerveuses sans tirer grand parti de cette manœuvre, quand Babinski fit connaître que l'extension de l'orteil après simple excitation de la région plantaire suffisait pour affirmer la nature organique d'une hémiplégie et pour faire rejeter son origine hystérique.

Ce qui fait l'intérêt de tels symptômes, ce n'est pas seulement la signification qui s'y attache, c'est la simplicité, la facilité de leur recherche; les meilleurs signes sont ceux dont la constatation ne réclame aucune virtuosité.

L'ingéniosité des médecins révélera bien d'autres symptômes analogues. On ne voit bien que ce que l'on a appris à observer, et pour beaucoup de choses nous avons encore des yeux pour ne pas voir.

Il n'y a pas en médecine de symptômes négligeables: tous sont fondamentaux. Tel signe d'apparence secondaire surpris au bon moment au cours d'une maladie dont le diagnostic est jusque-là incertain, peut éclairer tout d'un coup le problème posé par la clinique. Tel symptôme qui nous paraît aujourd'hui de peu d'importance, pourra, demain, passer au premier rang, lorsque des observations nouvelles nous auront mieux éclairés sur la nature des troubles qui le provoquent. Ainsi, nous savons aujourd'hui que le signe d'Argyll-Robertson n'appartient pas seulement à la symptomatologie du tabes et de la paralysie générale et qu'il peut être considéré comme fonction de syphilis.

A nos anciens moyens d'investigation, les sciences ajoutent chaque jour des méthodes d'une remarquable précision.

La Radiographie et la Radioscopie mettent sous nos yeux les altérations de forme, de volume, de densité des organes; c'est leur vie même qui se manifeste en partie devant nous. C'est plus que de l'anatomie inerte, c'est de l'anatomie en mouvement, dont la connaissance a déjà profondément modifié les notions classiques sur la position et les rapports de certains organes.

Les méthodes de la bactériologie, de la chimie, de la physique apportent au diagnostic des maladies une précision jusque-là inconnue, et permettent d'appliquer à l'étude des signes morbides les procédés d'enregistrement et de mesure qui donnent leur rigueur aux sciences expérimentales. Nul ne peut prévoir où s'arrêteront les progrès surprenants de cette séméiotique nouvelle.

A l'époque où j'ai commencé mes études médicales, l'idéal du diagnostic était la représentation fidèle des lésions organiques; en présence d'un malade, le clinicien s'efforçait de déterminer aussi exactement que possible l'état des viscères atteints. Aujourd'hui, bien d'autres obligations s'imposent à notre esprit, mais la recherche de l'état des organes demeure un des premiers actes de la pensée médicale. En face d'un malade atteint de tuberculose pulmonaire, nous nous efforçons de connaître le siège, l'étendue, la profondeur des lésions, et notre diagnostic topographique n'est complet que lorsque nous avons précisé la période anatomique de la maladie.

Cette manière de procéder nous paraît simple aujourd'hui, à nous qui l'avons toujours vue pratiquer; elle fut pourtant le résultat d'une véritable révolution dans la médecine.

Le jour où l'école organicienne chercha la définition de la maladie non plus dans un symptôme, mais dans une lésion, le jour où, sous l'impulsion de Laënnec, elle nous força à nous représenter sans cesse derrière le phénomène clinique l'altération anatomique qui lui a donné naissance, la médecine sortit de l'empirisme. Dès lors, on ne se borna plus à enregistrer, on établit des rapports : c'est l'esprit scientifique qui commençait à pénétrer la médecine, en attendant les révélations de la méthode expérimentale.

Du même coup, l'axe de la classification médicale se trouva déplacé. Il n'y eut plus de maladies par flux séreux ou par flux mixte; il y eut des maladies du cœur, du foie, des reins, des poumons. Cette classification qui nous sert toujours ne saurait englober toutes les maladies, mais elle permet d'établir entre une série d'états morbides des groupements qui correspondent aux besoins de la clinique. Toutes les affections d'un même organe méritent, en effet, d'être rapprochées en raison de la communauté des signes et des troubles fonctionnels qui les révèlent.

Ainsi, la pneumonie n'est que la détermination sur le poumon d'une infection générale, la pneumococcie. On ne l'a pourtant pas rayée du groupe des maladies des voies respiratoires; elle restera toujours une maladie du poumon. C'est la localisation du pneumocoque sur cet organe qui donne à l'affection sa symptomatologie physique et fonctionnelle; c'est elle encore qui lui imprime son évolution caractéristique et en a fait depuis les temps hippocratiques le type des maladies cycliques. Quand le pneumocoque se fixe en dehors du poumon, dans la plèvre, dans les méninges, dans le péritoine ou dans les articulations, il ne provoque plus que des suppurations banales dont la marche est impossible à prévoir et dont la durée n'obéit plus à aucune règle. Du fait de sa localisation sur le lobe pulmonaire, la pneumococcie a donc revêtu une évolution unique, quasi-pathognomonique qu'on ne lui voit nulle part ailleurs. Le microbe est pourtant toujours identique à lui-même; seul diffère l'organe où il s'est installé.

Dans cette éponge vasculaire qu'est le poumon où les surfaces de contact entre l'agent envahisseur et les parois alvéolaires sont immenses, où les courants humoraux sont multipliés, et où les phagocytes sortis des vaisseaux encombrent le parenchyme, une série de réactions ont pris naissance qui, après un cycle d'un septénaire, ont abouti à la vaccination du terrain. Il s'agit bien d'une vaccination locale, car si le microbe ne peut plus végéter dans le poumon, il continue parfois à se multiplier encore dans les séreuses pour y occasionner des complications méta-pneumoniques. Si le pneumocoque est l'agent provocateur, c'est le poumon qui fait la pneumonie.

Je pourrais vous citer d'autres exemples du même processus. Le staphylocoque, en se fixant dans une glande pilo-sébacée, et le streptocoque, en pénétrant dans la profondeur du derme, occasionnent des maladies quasi-cycliques qui sont le furoncle et l'érysipèle. Ces mêmes microbes lancés dans la circulation engendrent des pyohémies à localisations imprévues et à durée indéterminée.

Dans deux tissus aussi voisins, aussi intimement unis que le tissu pulmonaire et le tissu pleural, voyez quelles différences dans les lésions et l'évolution d'une même maladie, la tuberculose ! Au poumon, des altérations progressives, à tendance presque toujours destructive, ramollissent le parenchyme et le creusent de cavités purulentes. Dans la plèvre, les follicules restent isolés, occasionnent un exsudat qui distend les deux feuillets de la séreuse et provoquent autour d'eux une réaction conjonctive si intense qu'ils finissent par être étouffés par la production fibreuse; le processus s'arrête et la lésion aboutit à une véritable cicatrice. Cliniquement, la maladie se révèle comme une pleurésie insidieuse, spontanément curable, que l'on disait *a frigore* et que l'on croyait essentielle, jusqu'au jour où M. de Landouzy a dénoncé sa nature tuberculeuse. Là encore, nous voyons le microbe asservi dans son évolution par les réactions spéciales à l'organe ou au tissu qu'il a envahi.

Du jour où l'anatomie pathologique, grâce au microscope, pénétra dans l'intimité même des lésions, une nouvelle pathologie s'est créée, la pathologie cellulaire, comme l'appela Virchow.

Le progrès réalisé était considérable. Les maladies laissent dans les organes qu'elles ont frappés des traces matérielles de leur passage, et ce sont ces traces que le microscope nous permet de relever. Une coupe histologique est comme un instantané de la lésion au moment

de la mort. En rapprochant les unes des autres toutes ces images prises aux différents stades de la maladie, nous voyons la lésion se dérouler dans le temps et nous la suivons dans toutes ses métamorphoses. Ainsi s'est éclairée l'histogenèse du tubercule, du syphilome, du cancer et de la sclérose.

Grâce aux progrès de la technique histologique, nous percevons aujourd'hui dans les protoplasmas des finesses structurales qui nous échappaient jadis, et nous pouvons différencier des cellules qui étaient jusque-là confondues. L'étude des altérations cellulaires ne se limite plus aux tissus frappés de mort; pour assurer nos diagnostics, nous allons jusque dans le sang circulant et jusque dans les sérosités chercher les symptômes anatomiques que nous révèlent l'hématologie et la cytologie.

L'histologie pathologique apporte encore de précieux secours à la bactériologie. C'est l'examen microscopique qui nous permet de situer les microbes dans la position exacte qu'ils occupent dans les tissus infectés. Enfin, nous ne pouvons oublier que dans l'étude du grand problème du mécanisme de l'immunité, qui depuis le début de l'ère bactériologique a soulevé tant de discussions, accumulé tant de recherches, le fait le mieux établi, le seul visible, la phagocytose découverte par Metchnikof est un acte cellulaire que le microscope nous révèle. L'absorption de bactéries vivantes par les leucocytes, leur englobement dans des vacuoles protoplasmiques où des sucs les digèrent et les dissolvent, tous ces actes que l'œil suit sous le microscope sont déjà, il est vrai, du domaine de la physiologie et de la chimie.

Le médecin n'étudie que des fonctions altérées; le problème qui se pose à lui est l'inverse du problème expérimental. Le physiologiste connaît par avance la cause des phénomènes qu'il étudie, puisqu'il la crée lui-même, en posant son expérience; l'inconnu, pour lui, c'est l'effet. La maladie que nous observons s'est constituée, au contraire, en dehors de notre intervention; les symptômes qui la traduisent sont les effets de causes cachées, et ce sont ces causes que nous nous efforçons de reconnaître. Sans cesse, nous essayons de remonter ainsi la série naturelle des phénomènes, allant du signe apparent à la lésion organique et à l'altération fonctionnelle qui lui ont donné naissance.

L'anatomie pathologique restera donc toujours l'auxiliaire indispensable de la clinique, mais il ne faut pas lui demander la solution de problèmes qui sont en dehors de sa sphère. L'erreur de l'organicisme a été précisément de vouloir faire de l'anatomie pathologique le pivot de la médecine et de chercher dans la lésion d'un organe ou d'une cellule l'explication de tous les phénomènes morbides.

La cellule n'est plus pour nous cette unité dernière à laquelle devait s'arrêter pour Virchow l'analyse des actes pathologiques. Elle a, comme un organisme véritable, des fonctions d'une complexité prodigieuse, que la physiologie nous révèle, et que l'histologie la plus fine est incapable de déceler. L'anatomie pathologique résout un problème de topographie et de statisme; elle reste muette sur le problème dynamique.

Or, c'est ce problème qui, dans beaucoup de maladies, est notre préoccupation principale. De sa solution dépendent en grande partie le pronostic et le traitement. Lorsque, chez un malade, nous sommes arrivés par l'analyse des symptômes à incriminer la lésion d'un organe, l'obligation s'impose de connaître les troubles que la maladie apporte à son fonctionnement. La plupart des organes, en effet, sont doués de fonctions multiples, parmi lesquelles la maladie opère souvent des dissociations plus subtiles que ne peut le faire l'instrument du physiologiste. C'est le rôle du médecin de discerner, dans chaque cas particulier, quelle est la fonction atteinte et jusqu'où est poussée son altération.

La notion des insuffisances d'organes domine aujourd'hui toute la pathologie; pour la plupart des maladies, les symptômes valent surtout par les documents qu'ils nous apportent sur le fonctionnement de tel ou tel appareil. A côté des syndromes physiques, en rapport avec les altérations anatomiques des organes, nous avons appris à compter avec les syndromes fonctionnels, qui révèlent leurs altérations physiologiques. Nous savons à quels signes reconnaître la viciation des fonctions thyroïdiennes, surrénales, hypophysaires; nous voyons dans le diabète une maladie des fonctions de production ou d'utilisation du glycose; dans les bradycardies, un trouble de conduction cardiaque; dans les dyspepsies, un trouble de sécrétion ou de motricité gastrique.

En présence d'un sujet atteint de jaunisse, nous ne pouvons plus, comme par le passé, nous contenter d'incriminer un trouble de la fonction biliaire. Nous savons, grâce à la notion de la fragilité globulaire introduite en médecine par M. Chauffard, reconnaître au lit du malade des ictères relevant d'une altération hépatique et d'autres en rapport avec une destruction anormale des globules rouges. Nous pouvons, d'autre part, distinguer, au cours des ictères hépatogènes, les troubles dus à la rétention des pigments, ceux qui dépendent de la rétention des acides biliaires, et ceux qui traduisent la surcharge du sang en cholestérine.

De même, la question qui domine et résume, depuis ces dernières années, l'examen clinique d'un brightique est d'ordre physiologique. Ce qu'il importe de connaître, c'est si les reins sont encore capables d'assurer la dépuration de l'organisme et dans quelle mesure sont compromises leurs fonctions d'élimination. La néphrite donne-t-elle naissance à des accidents d'urémie hydropigène par insuffisance de l'élimination chlorurée, ou à des accidents d'urémie sèche par insuffisance de l'élimination azotée? Telle est la question qui se pose avant tout. Tant que l'on a cherché dans la topographie et dans la nature parenchymateuse ou interstitielle des lésions rénales la raison des troubles si variés des néphrites, aucune réponse précise n'a pu être donnée. Sans doute, il est permis de penser que le microscope parviendra un jour à reconnaître, parmi les altérations cytologiques du rein, celles qui commandent la rétention chlorurée et celles qui engendrent la rétention azotée, mais nous n'avons pas besoin de connaître le point de départ de ces rétentions pour élucider le mécanisme des troubles qu'elles provoquent. Ces troubles, en effet, dépendent uniquement de la nature des substances retenues. Si la rétention chlorurée est une rétention hydropigène et si la rétention azotée est une rétention sèche, la raison doit en être cherchée dans les propriétés même des molécules de chlorure de sodium et d'urée qui se comportent tout différemment au cours des actes osmotiques.

L'analyse des troubles fonctionnels du mal de Bright nous conduit donc bien au delà de la cellule, jusque dans le domaine des actes moléculaires. Elle nous fait déjà entrevoir toute l'importance que jouent les propriétés physicochimiques des corps qui entrent en réaction dans l'organisme.

Depuis la fin du siècle dernier, la médecine s'est élevée à la connaissance des causes qui dominent l'histoire des maladies.

Avec les découvertes de Pasteur, le mystère qui entourait l'origine des maladies transmissibles disparaît. Leur cause n'est plus cette force occulte qui s'est appelée tour à tour constitution médicale ou génie épidémique; c'est un être vivant que l'on peut suivre dans l'organisme envahi, que l'on peut cultiver, manier à volonté et dont on isole jusqu'aux poisons qu'il élabore. Avec cet agent saisissable ou avec ses toxines, ce ne sont plus seulement des fragments de la maladie que nous reproduisons, comme l'avait fait jusque-là la médecine expérimentale, c'est la maladie entière que nous créons de toutes pièces. Ainsi, à l'aide des produits solubles sécrétés par le bacille de Löffler, Roux a reproduit tous les symptômes et toutes les lésions de la diphtérie. Ma génération a vu s'éclairer ainsi l'étiologie et la pathogénie des infections, elle a assisté éblouie aux réactions imprévues que les produits microbiens provoquent dans l'organisme, et elle a fait son éducation au point de vue expérimental avec les procédés si simples et si précis que la microbiologie lui mettait entre les mains.

Chaque jour, les recherches bactériologiques nous apportent des éclaircissements inattendus, même au sujet des maladies infectieuses dont on connaît le mieux les agents pathogènes. C'est que tout n'est pas dit, lorsque après avoir découvert le microbe, on en a décrit les caractères et fait l'étude expérimentale; il faut encore chercher ses rapports avec l'organisme de l'homme malade; il faut saisir ses points de pénétration, suivre son développement dans le sang et ses localisations dans les viscères et dépister enfin sa persistance possible après la fin de la maladie. Cette bactériologie-là ne se pratique pas seulement au laboratoire; elle doit être faite par le médecin, patiemment, au lit du malade, et les notions qui en découlent commandent à la fois la nosographie, le diagnostic et la prophylaxie.

Ainsi, après la découverte de son agent pathogène, la fièvre typhoïde était restée longtemps encore ce qu'elle avait été jusque-là pour le clinicien : une entérite spécifique. Depuis que l'hémoculture nous a montré le bacille typhique vivant en permanence, pendant la période d'infection, dans le sang des malades, la fièvre typhoïde est devenue pour nous une septicémie éberthienne à localisation intestinale secondaire; elle n'est plus la dothiénentérie.

De même, depuis qu'au cours de la méningite cérébro-spinale le méningocoque, poursuivi à travers l'organisme, a été trouvé dans le rhino-pharynx avant, pendant et après la maladie, l'infection a cessé à nos yeux d'être enfermée dans la boîte craniorachidienne; elle est avant tout dans la gorge et dans les fosses nasales, et la méningite n'en est qu'une complication. Du même coup, nous saisissons les voies de la contagion, et nous pratiquons pour la combattre l'antisepsie du pharynx et l'isolement des porteurs de germes.

Ce n'est pas seulement une réforme de l'étiologie que l'on doit aux recherches bactériologiques, c'est une révolution véritable dans les domaines les plus variés de la vie normale et pathologique. L'étude des processus qui mettent aux prises, dans l'organisme, la cellule microbienne et la cellule animale, nous a révélé tout un monde de réactions biologiques que rien jusque-là n'avait pu faire prévoir. Une science nouvelle est née : la sérologie. Antitoxines, agglutinines, sensibilisatrices, agressines, lysines, précipitines, tous ces corps élaborés par nos cellules sous la provocation des toxines microbiennes n'ont pas servi seulement à transformer nos méthodes de diagnostic des maladies infectieuses. Leur découverte a une répercussion qui s'est fait sentir jusque dans le domaine de la physiologie et de la chimie biologique; la bactériologie a imprimé à ces deux sciences une partie de leurs orientations actuelles.

Les réactions produites dans un organisme infecté ne sont pas particulières, en effet, aux cellules microbiennes ou à leurs toxines; elles peuvent être réalisées par les cellules organiques, et par les substances protéiques les plus diverses.

Toutes les fois qu'on introduit chez un animal des globules rouges ou des cellules d'une autre espèce, toutes les fois même qu'on lui injecte une albumine étrangère, l'organisme réagit par la formation de substances rigoureusement opposées : l'antigène fait naître un anticorps. Le nombre des anticorps qui peuvent ainsi se former en nous est sans limite. Chacun des assauts morbides que nous subissons, qu'il s'agisse d'infections ou d'intoxications, laisse dans l'économie la marque de son passage. Après une maladie, notre organisme diffère de ce qu'il était avant ; certaines substances se sont formées dont la présence contribue à constituer notre individualité humorale. Dans une goutte de sang, nos procédés d'investigation modernes nons ont déjà permis de reconnaître bien des propriétés qui sont là comme le reflet des modifications subies par l'organisme ; avec les progrès de la technique, dans cette même goutte de sang, nous ne désespérons pas de reconnaître peu à peu toutes les tares ancestrales ou acquises et de dévoiler tout le mystère du tempérament.

L'injection d'une albumine étrangère ne provoque pas seulement la réaction d'immunité ; elle produit parfois des phénomènes d'ordre inverse. Elle peut sensibiliser l'organisme, en exaltant sa vulnérabilité pour cette même substance, si bien qu'une seconde injection d'une dose, même minime, peut occasionner des accidents toxiques formidables. Cette découverte due à M. le professeur Charles Richet a déjà inspiré bien des recherches. L'anaphylaxie nous donne la raison d'une série de phénomènes observés en clinique. Les accidents sériques, les réactions provoquées par la tuberculine chez les tuberculeux, les accidents toxiques aigus de la maladie hydatique, peut-être même certaines intoxications alimentaires doivent être considérés comme des phénomènes anaphylactiques.

La pratique des injections de substances albuminoïdes qui nous vient de la bactériologie a donc permis de réaliser l'immunité et l'idiosyncrasie, les deux phénomènes qui de tout temps s'étaient imposés à l'observation des médecins. Elle fait plus encore. Actuellement entre les albumines provenant de diverses espèces animales, la chimie est incapable d'établir une différence. Or, tous ces corps étant des antigènes, il est facile de produire expérimentalement leurs anticorps spécifiques qui permettent de reconnaître avec certitude de quelle espèce animale et même de quelle humeur ils proviennent. Par un juste retour, la bactériologie prête ainsi à la chimie ses procédés de recherche ; elle devait bien cela à la science qui a présidé à ses origines. C'est, en effet, par ses travaux sur les fermentations que Pasteur a été conduit à l'étude des microbes.

Plus on étudie les réactions humorales de l'immunité, plus on est amené à leur découvrir d'analogies avec les réactions diastasiques qui interviennent dans tous les processus de la vie.

Les phénomènes de bactériolyse réclament, comme l'a montré Bordet, le concours de deux substances dont chacune, en particulier, est inactive. Or, ce n'est là qu'un exemple d'une loi générale qui semble régir la plupart des actes fermentatifs. L'hymolysine, pour produire la dissolution des globules rouges, les ferments digestifs, pour déterminer la protéolyse, ont besoin de l'intervention d'une seconde substance également inerte par elle-même.

Les phénomènes de l'agglutination et de la précipitation nous font saisir d'une manière tangible l'action de certains anticorps sur les antigènes ; leur mécanisme, si longtemps entouré de mystère, nous devient explicable, depuis que nous savons qu'il ne s'agit là que de réactions physico-chimiques, en rapport avec la nature colloïdale des substances agissantes.

Le protoplasma de nos cellules, leurs parois, le liquide qui les baigne étant essentiellement constitués par des matières protéiques ou par des lipoïdes, autrement dit par des colloïdes, on conçoit que l'état colloïdal joue dans les phénomènes biologiques normaux et pathologiques un rôle fondamental que le médecin ne peut plus ignorer.

Nous devons pénétrer plus loin encore. Un petit grain de colloïde est lui-même un agrégat énorme de molécules d'albumine. Chacune d'elles représente à son tour un édifice très complexe ; elle est faite de multiples atomes. C'est précisément cette complexité qui, en se prêtant à des combinaisons chimiques infinies, rend possible l'extrême variété des réactions biologiques. On peut les figurer par des schémas stéréo-chimiques. Suivant la place que tel on tel groupe atomique occupe sur le noyau principal de la molécule, les corps possèdent telle ou telle affinité, sont susceptibles d'entrer en liaison avec tel on tel groupement qui s'adapte à eux, suivant l'expression de Fischer, comme une clef à la serrure. Nous ne connaissions, jusqu'ici, que l'anatomie et la physiologie des organes et des cellules ; mais voilà qu'il nous faut compter désormais avec l'anatomie et la physiologie de la molécule.

Depuis longtemps déjà, M. le Professeur Armand Gautier soutenait que, pour qu'un corps médicamenteux ou toxique fût actif, il lui fallait posséder, avec un des éléments de nos organes, une relation précise de constitution, relation d'ordre géométrique, stéréochimique, sans laquelle il n'y a pas d'union, par conséquent pas d'influence possible. Ainsi s'explique l'action élective de certaines substances agissant à doses infinitésimales sur l'économie. Si l'injection d'un milligramme d'aconitine arrive à tuer près de soixante-dix millions de fois son poids de matière vivante, c'est que, seules dans l'organisme, quelques cellules bulbaires présentent une structure moléculaire qui leur permet d'entrer en combinaison chimique avec cet alcaloïde.

On commence à tirer partie de ces notions et on a essayé d'établir des rapports entre la structure moléculaire d'un corps et ses vertus thérapeutiques. On sait déjà fabriquer par synthèse quelques agents médicamenteux, dont les propriétés peuvent être déterminées à l'avance, suivant la place que l'on donne, dans l'édifice de leur molécule, à l'un ou l'autre des groupements atomiques. On est parvenu ainsi, en intégrant à la molécule d'un composé chimique tel ou tel radical, à créer à volonté des hypnotiques, des purgatifs de synthèse. Fourneau a découvert que l'éther benzolé d'un amino-alcool quelconque jouit de propriétés anesthésiques locales, et on lui doit d'avoir pu, grâce à cette notion, composer par synthèse un corps comme la stovaïne qui, à propriétés anesthésiantes égales, est beaucoup moins toxique que la cocaïne.

C'est par cette thérapeutique chimique que la médecine a repris l'espoir de lutter contre l'infection. Créer des médicaments dont les affinités chimiques ne soient dirigées que contre la cellule microbienne ; incorporer à des composés arsenicaux, par exemple, des groupements atomiques qui, sans action sur les cellules organiques forment, au contraire, avec les protoplasmes des parasites des combinaisons qui les détruisent, telle est la voie où s'est engagée l'antisepsie nouvelle; nul n'ignore les résultats obtenus déjà par Ehrlich dans le traitement de la syphilis.

Le temps n'est donc plus où on pouvait dire que les progrès en médecine ne se font que sur le terrain spéculatif. Nous assistons à l'essor d'une thérapeutique nouvelle, qui n'est plus faite seulement de trouvailles heureuses issues de l'empirisme, mais qui tire ses indications de la pathogénie et emprunte ses méthodes aux sciences les plus diverses.

De découvertes purement physiques, la médecine a tiré la Radiologie et la Radiumthérapie ; elle a su appliquer les propriétés électives de l'effluve des rayons Röntgen et de l'émanation du radium au traitement des néoplasies superficielles et des maladies des organes hématopoïétiques.

Pour suppléer à l'insuffisance d'organes glandulaires comme la thyroïde, elle restitue à l'économie, par l'ingestion des glandes saines, les principes dont elle était privée. Elle force l'organisme des animaux à produire pour l'homme des substances défensives contre les infections. Elle s'attaque enfin directement aux agents figurés de la maladie jusque dans la profondeur de l'organisme et dès maintenant, possède des moyens de viser le microbe sans atteindre le malade. Telle est l'œuvre thérapeutique de ces vingt dernières années.

J'ai essayé de vous montrer la médecine pénétrant toujours plus avant dans l'étude des phénomènes morbides, s'élever par étapes successives, du symptôme à la lésion, de la lésion au trouble fonctionnel, pour parvenir enfin à la connaissance des causes et du mécanisme de la maladie.

Après m'être efforcé de vous convaincre que rien ne se perd des lentes acquisitions du passé, je vous ai conduits jusqu'au faîte d'où le regard découvre les lueurs annonciatrices des aurores prochaines. C'est dans le domaine des actes élémentaires de la vie, dans le monde de la chimie moléculaire et de la chimie physique, que la médecine trouvera l'explication dernière des phénomènes pathologiques. Tout en nous se réduit aux réactions des molécules ou de leurs agrégats ; rien ne se produit dans notre organisme qui n'ait pour fondement une mutation de la matière, une transformation d'énergie, un acte de nutrition.

Nous devons suivre d'un œil attentif les progrès réalisés dans toutes les sciences. Un fait trouvé dans un domaine qui nous est parfois complètement étranger, peut avoir pour nous des applications inattendues. La clinique, comme l'a dit mon maître, M. Dieulafoy, prend son bien partout où elle le trouve. Les sciences n'ont rien à perdre à nous prêter leurs découvertes; leur application à la médecine ne fait qu'en rehausser l'éclat. Nous ne savons jamais quelle surprise demain nous réserve, et ce n'est pas là un des moindres attraits de notre science. Mais, pour nous médecins, une découverte vaut surtout par les procédés qu'elle fournit pour mieux reconnaître les maladies et par les armes qu'elle nous met en mains pour les mieux combattre. C'est parce qu'elle s'attaque au problème de la vie et s'efforce d'en pénétrer le mystère que la médecine est de toutes les sciences la plus passionnante; elle n'en serait pas la plus noble, si elle ne cherchait dans toute découverte un moyen de soulager la souffrance humaine.

Diagnostic « post mortem » de la rage, par Négri (*The Boston medical and surgical journal*, 1909, n° 15, p. 499.

La rage est une des maladies qui causent la mort sans entraîner des lésions pathologiques importantes. La plus ancienne méthode de diagnostic et la seule employée jusqu'à ces dernières années était l'inoculation. En 1903, Négri observa des corpuscules microscopiques doués de réactions colorantes particulières dans certaines cellules nerveuses prélevées dans la substance cérébrale d'animaux morts de la rage. Cet auteur considère ces corpuscules comme étant la cause de la maladie. Il les a trouvés localisés avec élection dans la

corne d'Ammon, dans l'écorce cérébelleuse et dans le cortex.

En conséquence, lorsqu'un cas suspect pose la question du diagnostic, il convient d'abord de rechercher ces granulations. Si cette recherche est positive, il est inutile de pousser plus loin les investigations; si, au contraire, elle est négative, il conviendra de recourir à l'ancienne méthode de l'inoculation.

L'otite ozéneuse, par MM. Lannois et Jacod (*Annales des maladies de l'oreille.*).

Les auteurs n'ont pas en vue les otites banales, sèches ou suppurées, qui sont très fréquentes chez les ozéneux.

Ils rapportent des observations d'une forme d'otite, encore peu ou pas connue, dont l'aspect clinique, l'évolution impliquent la même étiologie que les lésions nasales ozénateuses : l'agent infectieux de la rhinite semble bien la cause directe de la suppuration auriculaire, par continuité.

Qu'elle débute à la façon d'une otite aiguë ordinaire, qu'elle soit formée progressivement, elle est caractérisée par la torpidité de son évolution : peu de douleurs locales, même peu de suppuration. Les oreilles ont paru guérir et il ne persistait plus qu'un léger suintement.

A l'examen, on trouve en effet peu de pus, mais un suintement spécial, concrété en lamelles brunâtres, présentant la même odeur que les croûtes ozéneuses nasales, et qu'il est très difficile de faire disparaître, tant il est adhérent à la caisse et s'accompagne de débris épidermiques.

Lorsqu'on a réussi à bien nettoyer l'oreille, on peut rencontrer des lésions semblables à celles des suppurations anciennes, mais le plus habituellement la muqueuse de la caisse est atone et comme atrophiée; il existe des adhérences multiples lorsque le tympan persiste partiellement et de petits clapiers où se cantonne la suppuration.

L'évolution de ces otites est torpide également. Elles guérissent, mais lentement, et récidivent d'autant plus facilement que leur cause nasale est en pleine évolution.

Le traitement doit agir à la fois sur le nez et les oreilles. Les auteurs préconisent l'huile mentholée faible, l'eau oxygénée diluée pour déterger les oreilles. Ils recommandent aussi l'huile essentielle de bouleau employée à 15 ou 20 0/0 d'huile de vaseline. Ils ont observé que dans l'oreille et dans le nez également cette préparation désodorisait les sécrétions et diminuait la formation des croûtes. Le traitement lui-même rapproche étroitement les lésions du nez et de l'oreille.

Sur un cas de méningite cérébro-spinale, par le docteur C. Masseret, médecin de l'Hôpital civil de Vichy. (*Centre Médical*).

Après le mouvement de méningite cérébro-spinale qui se manifeste sur différents points de la France, il nous a été donné d'en observer un cas qui semble bien isolé, et sur les origines duquel il nous a été impossible de retrouver l'influence de la contagion. L'observation parait intéressante sur plusieurs points.

Il s'agit d'un jeune homme de 21 ans, arrivé à Vichy le 22 décembre dernier. Parfaite santé avant le départ, pendant le voyage et à l'arrivée. Notons cependant que, pendant l'arrêt du train en gare de Saint-Germain-des-Fossés, le voyageur ressentit l'action d'un froid intense. La nuit suivante, frissons, agitation; le lendemain, inappétence, maux de tête; le surlendemain samedi, mêmes symptômes. Quand nous le vîmes, le soir, pour la première fois, langue saburrale, céphalalgie, vomissement bilieux, température axillaire 39° 8. En somme, symptômes d'un vulgaire embarras gastrique fébrile pour lequel une purge au citrate de magnésie fut ordonnée et absorbée dès le lendemain matin.

Malgré la médication évacuante, la fièvre se maintint autour de 39°5. Le lundi apparurent de la raideur de la nuque, une céphalalgie de plus en plus violente, une hyperesthésie des globes oculaires, le signe de Kernig, une rachialgie excessivement pénible. Dans la nuit suivante, un délire violent accompagné par instants de phénomènes comateux. Le diagnostic de méningite s'imposait cliniquement et je priais mon excellent confrère, le docteur Beandonnet, de vouloir bien voir le malade en consultation dès le lendemain matin. Entre temps, la glace et les moyens habituels furent employés, en particulier le chloral et le laudanum en absorption rectale.

Mon confrère et moi posèrent le diagnostic de méningite probablement cérébro-spinale. Tout fut préparé pour pratiquer la ponction lombaire et l'injection de sérum, opérations que nous fîmes à 3 heures de l'après-midi.

Retiré 40 cmc de liquide céphalo-rachidien, les dix derniers centimètres cubes absolument purulents, de consistance presque analogue à celle du pus d'abcès. 30 cmc. de sérum datant d'un an furent injectés. La décompression eut comme conséquence immédiate, nous dirons même instantanée, la cessation du coma, puis, à 12 heures d'intervalle, la chute complète de la température qui, de 39° avant la ponction-injection, tomba à 37°. Le pouls à 84. Le liquide examiné au laboratoire de l'hôpital civil, grâce à l'amabilité de notre collègue, le docteur H. Rajat, permit de constater, sous le champ du microscope, la présence de nombreux méningocoques avec leurs caractères morphologiques particuliers, et de nombreux leucocytes.

Une seconde ponction suivie d'injection de même quantité de sérum fut pratiquée à 24 heures d'intervalle; le liquide était notablement plus clair et les méningocoques moins nombreux (un seul diplocoque put être observé).

A 24 heures d'intervalle, deux autres ponctions et injections semblables furent pratiquées; le liquide s'éclaircit de plus en plus et, au dernier examen microscopique, il est impossible de retrouver le moindre méningocoque.

La température du malade n'a jamais dépassé, depuis la première injection, 37° 5, le soir, et le pouls 84. Les symptômes cliniques se sont rapidement et régulièrement amendés. Le coma a entièrement disparu en 12 heures, le délire a fait place à un sommeil tranquille, la raideur de la nuque a diminué. Cette amélioration est si marquée que, dès le lendemain de la quatrième ponction, le malade s'assied seul sur son lit et fait quelques pas légèrement soutenu.

De tels résultats obtenus si rapidement, grâce à la ponction lombaire et à l'injection de sérum, nous ont paru dignes de remarque.

D'abord, parce que le diagnostic établi cliniquement et par deux examens microscopiques différents (un examen pratiqué à Lyon confirmant celui fait à Vichy) ne laissait place à aucun doute. Ensuite parce que les accidents furent absolument jugulés par 30 cmc de sérum d'un an de date (le seul que nous possédions le premier jour). Enfin, parce que l'injection faite le cinquième jour de la maladie a cependant été assez précoce pour arrêter en 12 heures l'évolution du méningocoque.

Le cas est encore trop récent pour que nous puissions annoncer des résultats définitifs au point de vue fonctionnel, mais ce que nous pouvons affirmer, c'est qu'aujourd'hui, le dix-septième jour de la maladie, le malade se lève seul, marche et que toutes les fonctions restent intactes.

REVUE DE SYPHILIGRAPHIE

Deux cas de chancres extra-génitaux, par MM. Gaucher, Levy-Franckel et Dubosc.

De ces deux observations, la première n'est intéressante qu'à cause du siège tout à fait anormal de l'accident primitif.

Obs. I. — Mme D..., cuisinière, âgée de 26 ans, se présente le 23 octobre 1910 à la polyclinique de M. le Professeur Gaucher avec un accident primitif de la région deltoïdienne; la lésion a débuté, il y a 45 jours, par un petit bouton du volume d'une grosse tête d'épingle; 15 jours après le chancre avait acquis les dimensions d'une pièce de cinquante centimes. A ce moment, la malade consulta à la Charité. Le diagnostic parut impossible, et on appliqua provisoirement des pansements humides et des badigeonnages bi-quotidiens à la teinture d'iode.

Cinq jours après apparaissaient derrière l'oreille gauche quelques éléments de roséole, puis de la céphalée; l'éruption roséolique se généralisa ensuite.

Actuellement la malade présente une lésion érosive large de 3 centimètres à 3 cm. 5, de la région deltoïdienne droite. C'est une érosion et non une ulcération (absence de bords) à fond jambonné, à surface lisse, homogène; la base de la lésion est infiltrée. Il existe une adénopathie axillaire droite, mais peu volumineuse et sans grand caractère.

On note, en outre, une roséole papuleuse, diffuse, surtout marquée au thorax, à l'épigastre, au cou et à la face. Il n'existe aucun accident muqueux vulgaire.

La réaction de Wassermann est faiblement positive (26 octobre).

Le 26 octobre, on pratique une injection de 0.50 de 606 Emery): le soir, la température monte à 40°, le pouls est à 128, la malade présente un délire violent avec hallucinations visuelles et des vomissements. La température tombe à la normale, le lendemain matin, le délire disparaît.

Le 30 octobre, le chancre est amélioré, ses dimensions se sont réduites; la rougeur péri-chancreuse, due à la surinfection, persiste; au dire de la malade, la douleur locale a disparu.

La roséole ne semble pas améliorée; ce n'est que le 4 novembre qu'on note une disparition presque complète de l'éruption; on ne perçoit plus que quelques taches pigmentées; le chancre du bras est en voie de cicatrisation complète.

En résumé, chancre de siège anormal, mode de contagion inexpliqué, roséole papuleuse. M. Fournier, dans son livre, ne cite pas de chancre de bras en dehors de la contagion vaccinale.

Obs. II. — J..., Marguerite, 48 ans, vient consulter, le 2 novembre 1910, pour un accident primitif préauriculaire gauche, qui dure depuis trois semaines, avec grosse adénopathie cervicale, en arrière et le long du sterno-mastoïdien il existe une roséole papuleuse généralisée, sauf à la face où les éléments sont maculeux.

La malade est mise au traitement par les piqûres de benzoate de mercure le 5 novembre. Dès le 12, on constate l'affaissement du chancre; la roséole s'atténue. La malade présentant de la stomatite, on suspend les piqûres, et on donne l'iodure de potassium (2 gr.); le 19 novembre, la lésion primitive n'est plus représentée que par une zone érythémateuse, avec une légère dépression en cupule, la roséole est encore visible, mais en voie de disparition; elle a complètement disparu le 5 décembre.

Les chancres de la région préauriculaire, à part les chancres du rasoir, ne sont pas extrêmement fréquents; Fournier, dans son ouvra-

ge sur les chancres extra-génitaux, cite le cas d'un lycéen de 17 ans « presque un enfant par la taille, l'absence de développement et les goûts », qui contracta un chancre siégeant audevant de l'oreille à 1 centimètre du tragus. Pas de contagion possible par le rasoir, le jeune homme étant encore imberbe; l'enquête finit par rester muette. Il s'agit donc d'une contagion d'origine ignorée, incompréhensible. Ces contagions inexpliquées, dit Fournier, tiennent uniquement du hasard, et peuvent provenir d'une simple poignée de mains, d'une conversation avec un sujet.

Cette contagion serait aussi inexplicable dans notre cas, si notre malade n'était sourde; quand on lui parle un peu fort, elle tend l'oreille du côté contaminé, elle est atteinte d'otite scléreuse bilatérale ayant débuté il y a 10 ans. Il s'agit donc, de façon à peu près certaine, de contagion par sputation. (*Bulletin de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie.*)

REVUE DE PEDIATRIE

Les corps étrangers des voies respiratoires, par M. le professeur Kirmisson (*Hôpital des Enfants-Malades*).

La question des corps étrangers des voies respiratoires est certainement une des plus importantes de la pathologie chirurgicale au point de vue de la pratique et des indications urgentes qu'elle comporte. C'est de cette question que je vais vous entretenir aujourd'hui, à propos d'un petit malade récemment entré dans le service, et dont voici l'histoire :

Il s'agit d'un jeune garçon âgé de onze ans qui, le 14 janvier 1911, étant en train de coltationner, a avalé un noyau de pruneau. Il a été pris immédiatement d'un accès violent de suffocation. Le médecin, qui fut appelé, a prescrit un vomitif à l'ipéca. L'enfant a eu des vomissements, mais n'a pas expulsé son corps étranger, et, depuis ce moment, les parents ont assisté aux phénomènes suivants : L'enfant présentait une apparence tout à fait normale, mais, de temps à autre, on entendait assez nettement un petit bruit de sifflement, paraissant se produire du côté de la trachée. Le 26 janvier, douze jours après l'accident, l'enfant, en faisant des efforts pour se moucher, sentit son corps étranger se mobiliser, monter et descendre dans ses voies respiratoires. Il avait parfaitement conscience de ces mouvements de translation du corps étranger. Ce phénomène était perçu cinq ou six fois par jour, quand, pour une cause quelconque, le petit malade faisait quelques efforts d'expiration.

Il n'était donc pas douteux que cet enfant avait avalé un corps étranger, un noyau de fruit; c'est un corps que l'on rencontre très souvent en pareil cas. On avait pu faire une sorte de vérification en comptant les pruneaux qu'il avait mangés et les noyaux laissés dans son assiette, mais la preuve indéniable de la présence du corps étranger dans les voies respiratoires fut donnée par une radiographie. Cet examen démontra que ce corps était situé à la partie inférieure du larynx. Une radioscopie ultérieure fit voir le noyau de pruneau au niveau de la bronche droite.

Etant donnée la faible largeur — un demi-centimètre environ — du corps étranger, on s'explique qu'il ait pu accomplir le trajet si considérable du larynx jusqu'à la bronche droite.

Le petit malade, à son entrée dans le service, ne présentait guère, pour tous symptômes apparents, que quelques crachements de mucosités, parfois striés de sang, et de temps à autre, des crises de suffocation, sous l'influence des efforts ou de la toux.

A l'auscultation, la respiration s'entend des deux côtés de la poitrine, mais, de plus, du côté droit, on entend des râles très abondants, muqueux, ronflants et sibilants, en rapport avec la présence de mucosités dans les grosses bronches.

On constate une légère submatité dans la région trachéo-bronchique (entre la colonne vertébrale et l'omoplate). Il est probable qu'en ce point existe un certain degré d'adénopathie due à l'inflammation bronchique. Mais la respiration est aussi claire dans toute la hauteur du poumon droit que dans le poumon gauche.

Nous ne nous sommes pas contenté, bien entendu, d'examiner les bronches, nous avons ausculté aussi la trachée à plusieurs reprises. Dans la trachée comme dans les bronches, on entendait de gros râles ronflants, mais jamais, à aucun moment, on ne constata ces bruits caractéristiques de la présence d'un corps étranger dont je vous parlerai tout à l'heure.

La radiographie pratiquée à cette époque, montra à la partie supérieure de la région cervicale, dans un point très rapproché du larynx, une ombre obliquement dirigée.

Nous nous trouvions donc en présence d'un jeune garçon de onze ans, bien portant, dont l'état général n'inspirait aucune inquiétude, et qui portait depuis un mois un corps étranger, un noyau de pruneau, occupant actuellement la partie supérieure de sa trachée.

Les cas de cette nature sont relativement fréquents. Les enfants se font un jeu de s'introduire des corps étrangers dans divers orifices : oreilles, fosses nasales, etc. Ils avalent accidentellement les petits objets qu'ils ont coutume d'introduire dans leur bouche, et qui leur servent de jouets. Très souvent, c'est un haricot. Il y a quelques années, j'ai retiré de la trachée, chez une petite fille, un grain de café, ainsi introduit. Ces corps sont généralement portés dans la bouche ou entre les lèvres lorsque, à un moment donné, l'enfant fait un effort d'aspiration, parce qu'il est surpris et a peur, et en même temps le corps étranger est dégluti et passe dans les voies aériennes.

Cet accident, fréquent à la période infantile, l'est également à l'autre extrémité de la vie, chez les vieillards et les aliénés, soignés dans les asiles. Ces malades mangent gloutonnement et font ainsi très souvent passer des détritus alimentaires dans leurs voies respiratoires. Mais restons dans le domaine de la chirurgie infantile.

Immédiatement après l'accident, le malade est pris d'un accès de suffocation, il étouffe, son visage blêmit, se cyanose, devient turgescent, sa respiration angoissante. Quelquefois, la respiration est absolument supprimée et, dans les cas malheureux, il peut arriver que la mort se produise au moment même de l'introduction du corps étranger.

La mort, en pareil cas, peut arriver par deux modes. Elle peut se produire mécaniquement, quand le corps est assez volumineux pour obturer complètement l'orifice supérieur du larynx, comme un morceau de pain ou de viande. Dans une famille que je soigne, un enfant s'était trouvé immédiatement en état d'asphyxie. Le père avait bien cru le voir mourir entre ses bras; il avait pu, en mettant la tête de l'enfant en bas, et en se faisant mordre fortement, dégager un gros morceau de gomme qui obturait l'orifice supérieur du larynx.

Mais les objets du plus petit volume peuvent également déterminer la mort. On a même vu ce résultat produit par une goutte d'un liquide caustique tombé accidentellement sur l'orifice du larynx. Ici, il faut invoquer le spasme de la glotte.

Inversement, il y a des cas très heureux, dans lesquels le corps étranger ne franchit pas l'orifice glottique et peut être expulsé soit par les efforts du malade, soit par une simple manœuvre consistant à tenir le sujet la tête en bas, ou encore par l'administration d'un vomitif.

Entre ces deux cas extrêmes, les cas très graves, ceux où la mort survient immédiatement, et les cas particulièrement favorables, ceux où l'enfant est immédiatement débarrassé, par un procédé quelconque, de son corps étranger, se placent la majorité des cas, dans lesquels le corps étranger séjourne un certain temps dans les voies aériennes sans déterminer la mort, comme chez le malade qui fait l'objet de cette leçon. Que se passe-t-il dans ces cas-là?

D'abord, le corps étranger franchit l'orifice glottique. Il peut arriver qu'il demeure dans le larynx, dans certaines circonstances, quand, par exemple, ce corps est très irrégulier ou pointu, tel qu'une épingle, un épi de graminée. Ce corps peut se fixer dans le larynx, et donner naissance à des accidents de gêne respiratoire, à de la dyspnée, et aussi à des troubles de la voix.

Mais ce sont des cas exceptionnels. Le plus souvent, ces corps ne se fixent pas, ils restent libres dans le larynx et dans la trachée; ils y montent et y descendent. Puis, au bout de quelques heures, surtout si on a mis l'enfant au repos dans son lit, on est étonné de le voir jouer comme si rien ne lui était arrivé. L'angoisse des parents disparaît, si bien qu'ils ne croient pas utile de recourir à un chirurgien, et c'est ainsi qu'on a vu des corps étrangers rester des mois et même des années dans l'intérieur des voies respiratoires.

Cependant, après quelques heures ou quelques jours de calme, les mêmes phénomènes se reproduisent. L'enfant a de nouveau une crise de suffocation, l'air lui manque, il devient violacé, turgescent, ses pupilles sont plus ou moins dilatées.

Les crises peuvent se renouveler à quelques heures ou quelques jours d'intervalle. Ces phénomènes s'expliquent par les déplacements du corps étranger. Celui-ci peut occuper, à l'état de calme, un coin de la trachée. Quelquefois, il est à cheval sur l'éperon de bifurcation de la trachée. Tant qu'il garde cette situation, le malade ne s'aperçoit de rien, puisque le passage resté libre pour l'air est suffisant. Lorsque le corps se déplace de bas en haut, il vient se mettre en contact avec la face inférieure de la glotte et les cordes vocales. De là les accidents de spasme et de suffocation, se renouvelant de temps à autre.

Ces considérations sont très importantes pour le diagnostic.

Mais il y a encore d'autres accidents à craindre. Dans un très grand nombre de cas, au bout d'un temps plus ou moins long, quelquefois très précoce, voici ce qui se passe : le corps étranger pénètre dans les bronches, et, généralement, dans la *bronche du côté droit*. Ce fait mérite d'être retenu. Pourquoi le corps pénètre-t-il plutôt dans la bronche droite que dans la bronche gauche? C'est parce que la bronche droite est la plus volumineuse, et parce que sa cavité se continue et a presque la même direction que la trachée. La bronche gauche, moins large de calibre, est en même temps plus perpendiculaire à la trachée.

Cette localisation du corps étranger dans la bronche droite a lieu surtout quand le corps est pesant, comme dans un cas où un enfant avait avalé une grosse perle en verre. L'extraction de ce corps étranger ne put se faire et l'enfant succomba.

Ces faits étant bien connus et présents à votre esprit, comment procéderez-vous à l'examen d'un enfant chez lequel, d'après les commémoratifs et les symptômes que nous venons de passer en revue, vous soupçonnez un corps étranger des voies respiratoires.

Vous chercherez d'abord à savoir en quel point siège ce corps étranger. Est-il encore dans la trachée, ou descendu dans l'une des bronches? S'il occupe la lumière d'une bronche et l'obture complètement, l'examen de la poitrine

vous renseignera immédiatement: contrastant avec la sonorité à la percussion, vous constaterez, à l'auscultation, un silence respiratoire absolu.

Quand le corps n'oblitère pas complètement la bronche, on entend des bruits spéciaux, tenant à la présence du corps étranger et aussi aux abondantes mucosités qui remplissent l'arbre aérien.

Mais c'est surtout la trachée qu'il faut examiner, et cela de deux façons.

Dans certains cas, il suffit de passer la main an devant de la trachée, pour sentir le corps étranger donnant une sensation de grelottement. Avec le stéthoscope, on perçoit tantot un bruit de grelot, tantôt un bruit de clapet, de sifflet quand l'enfant a avalé un sifflet, de sonpape, de sifflement.

Lorsque vous entendrez ces bruits, il sera évident que le corps étranger occupe l'intérieur de la trachée, si leur siège correspond à la trachée, ou dans la bronche, si ces bruits sont d'origine bronchique.

Que va-t-il se passer, si ce corps étranger n'est pas enlevé?

Généralement, on voit se produire dans l'arbre trachéo-bronchique une réaction assez vive. Il se fait une suppuration plus ou moins abondante. Quand le corps étranger a une forme angulaire aiguë, il traverse la paroi de la bronche et pénètre dans l'épaisseur du parenchyme pulmonaire, particulièrement du côté du sommet droit. On perçoit alors des signes cavitaires, notamment des bruits de gargouillement, qui peuvent faire croire à une tuberculose avancée.

Enfin, on a vu le corps étranger perforer le poumon et la paroi thoracique, et s'éliminer au dehors.

Cette question des corps étrangers des voies respiratoires est tres bien étudiée par Guyon, dans son article du *Dictionnaire Encyclopédique*. Mais elle a changé de face en ces derniers temps, par suite de l'intervention de deux méthodes nouvelles: la *radiographie* et la *bronchoscopie* (Kilian).

La *radiographie* est de nature à rendre de très grands services dans tous les cas où le corps étranger est imperméable aux rayons X. L'ombre projetée sur l'écran peut indiquer si le corps est fixé dans la trachée ou dans la bronche.

Si, en répétant cet examen plusieurs jours de suite, on voit l'ombre du corps étranger dans des points différents, on peut en conclure qu'il est mobile.

La radiographie permettra d'acquérir une conviction dans les cas douteux.

Les difficultés du diagnostic tiennent, tout d'abord, à l'absence de commémoratifs précis, puis à ce fait qu'après une période d'asphyxie menaçante plus ou moins courte survient une période de calme trompeuse. L'histoire du corps étranger finit par être oubliée par les parents et par le malade lui-même, qui ne se rend plus bien compte de ce qui s'est passé.

On a parfois à se demander s'il s'agit d'un corps étranger des voies respiratoires ou de l'œsophage. Certains corps très volumineux de l'œsophage peuvent, en effet, comprimer la trachée et donner lieu à des accès de suffocation analogues à ceux que produisent les corps introduits dans l'arbre laryngo-trachéal.

Mais ces corps siègent à des niveaux différents. Les corps étrangers de l'œsophage siègent sur la ligne médiane. Ils ont, en outre, un point d'élection, surtout quand il s'agit d'une pièce de monnaie: c'est le point d'union de la portion thoracique de l'œsophage avec sa portion cervicale.

S'il s'agit de corps étrangers de la trachée, ce point sera plus bas; plus bas encore, pour un corps étranger des bronches, au niveau des 4e ou 5e vertèbres dorsales, et latéralement, en qui aura été arrêté par son volume où par ses aspérités, et vous l'enlèverez.

Mais très souvent, le corps a franchi la glotte, et cet examen provoque de nouveaux accès de suffocation.

La *succussion* exercée sur la poitrine, le sujet étant à plat ventre, la tête basse, est un procédé à l'aide duquel, dans un cas, on put faire rendre à un homme une pièce de 50 centimes qu'il avait avalée.

Mais ce sont des faits assez exceptionnels.

Dans la majorité des cas, c'est à la *trachéotomie* qu'il faut recourir, même si on est sûr que le corps est dans le larynx. La laryngotomie serait une opération dangereuse dans ces conditions.

La trachéotomie est applicable à tous les cas. Généralement, aussitôt qu'un écarteur a été placé dans la fente trachéale, le malade fait des efforts et rend lui-même son corps étranger.

Dans d'autres cas, ce corps n'est pas expulsé immédiatement. Alors, on se gardera bien d'introduire une canule trachéale. On laissera, au contraire, la plaie trachéale ouverte, on besoin ou la fera bâiller par deux fils passés dans les lèvres de la plaie, et on fera un pansement aseptique. Dans les jours suivants, le corps étranger, généralement, est expulsé.

Donc, dès qu'on est certain que le corps étranger a franchi la glotte, il faut immédiatement pratiquer une trachéotomie, s'il y a des accidents de suffocation menaçants. La trachéotomie est destinée à combattre le spasme et à sauver les malades, même si le corps étranger n'est pas expulsé.

Si l'indication est moins pressante, si l'enfant est plus âgé, si l'accident remonte plus loin, comme, par exemple, chez notre petit malade âgé de onze ans, bien portant, ayant son corps étranger depuis un mois, on peut s'adresser d'abord à cette conquête de la chirurgie moderne que représente la *bronchoscopie*. Cette méthode permet d'introduire, après anesthésie cocaïnée des cordes vocales, des tubes droits dans la trachée. A la faveur d'un éclairage spécial, on reconnait le corps étranger et on peut l'extraire par les voies naturelles.

Dans certains cas, notamment pour les corps étrangers des bronches, on peut faire une trachéotomie préalable, et par l'orifice trachéal, introduire le tube bronchoscopique. Il ne faut pas oublier que la bronchoscopie par les voies naturelles peut provoquer des accidents spasmodiques de suffocation nécessitant immédiatement la trachéotomie; on devra donc toujours avoir sous la main les éléments nécessaires à cette opération.

La bronchoscopie et la radiographie constituent, en somme, deux méthodes nouvelles. Grâce à leur emploi, l'histoire des corps étrangers des voies respiratoires sera mieux connue. pareil cas, au lieu d'exister sur la ligne médiane.

Il faut surtout prendre comme signe caractéristique la répétition des accidents de suffocation. Si vous êtes appelé, par exemple, un certain nombre de jours après l'accident, et si on vous dit que les accès de suffocation se reproduisent de temps à antre, vous serez certainement autorisé à croire qu'un corps étranger a été aspiré et que ce corps se trouve encore logé dans les voies respiratoires. Il fandra, toutefois, avant d'intervenir d'une manière quelconque, vons entourer de renseignements suffisants. Très souvent, la disparition de l'objet avec lequel jouait l'enfant et sa coïncidence avec l'apparition immédiate de l'accès de suffocation au milieu d'une santé complète, ne laissent aucun doute.

Quelle est la conduite à suivre en pareil cas? Ce qu'il faut faire, c'est de chercher à extraire le corps s'il n'a pas franchi la glotte. Pour cela, il faut ouvrir la bouche de l'enfant avec l'écarteur, lui mettre la tête en bas, et, recourbant votre doigt, aller explorer l'orifice supérieur du larynx.

Dans un certain nombre de cas, vous serez assez heureux pour trouver ce corps étranger.

CARNET DU PRATICIEN

Hyperhydrose plantaire

Lavages fréquents avec des solutions astringentes, décoction de feuilles de noyer, ou bien :

Tanin	4 grammes
Alun	20 —
Eau	1000 —

Si les sueurs sont fétides, on peut substituer à ces solutions soit le bain de pied au permanganate de potasse à 1/1000e, soit le bain de pied acidulé :

Acide sulfurique	5 grammes
Eau tiède	3 litres

dans un bain de pied en porcelaine ou en faïence à répéter tous les trois jours pendant 10 minutes.

Dans l'intervalle on peut poudrer l'intérieur des chaussettes avec une poudre telle que la xodorine, ou bien :

Talc	40 grammes
Salicylate de bismuth	30 —
Oxyde de zinc	20 —
Alun pulvérisé	40 —

Mais le traitement de choix est le badigeonnage au formol. La solution :

Formol à 40 p. 100	10 grammes
Eau distillée	100 —

convient parfaitement pour les personues qui n'ont pas la peau trop sensible; un seul badigeonnage avec cette solution suffit, si on le répète trois ou quatre fois dans le courant de la saison chaude.

Pour les personnes qui ont la peau délicate ou des excoriations qui peuvent rendre ce traitement douloureux, il sera bon d'étendre la solution et de l'additionner de glycérine.

(Nicolas et Jambon.)

Brûlure de la bouche

1° Gargarisme.

Graine de lin	5 grammes
Racine de guimauve	5 —
Tête de pavot concassée, n° 7	5 —

Faire bouillir dans :

Eau	250 grammes

2° Bains de bouche, toutes les 2 heures avec :

Hydrate de chloral	2 gr. 50
Sirop diacode	20 grammes
Eau distillée	200 —

Attouchement avec le collutoire :

Hydrate de chloral	0 gr. 50
Borate de soude	1 gramme
Glycérine	30 —

Ou bien avec le liniment :

Laudanum de Sydenham	5 grammes
Salol	5 —
Eau de chaux	6 —
Huile d'olive	6 —

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 17.500 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 33, rue J.-J. Rousseau

Le Gérant : Docteur Lucien-Graux.

SOCIÉTÉ GÉNÉRALE

Pour favoriser le développement du Commerce et de l'Industrie en France
Société anonyme. — Capital 400 millions
Assemblée générale annuelle de 30 mars 1911

Les actionnaires de la Société Générale se sont rénnis en Assemblée générale ordinaire, le jeudi 30 mars.

Le rapport du Conseil débnte en indiquant les nouveaux progrès accomplis. Les augmentations les plns importantes se présentent an chapitre Portefenille dont le monvement passe à 42 milliards et au compte des coupons encaissés qui passe à 1 milliard 137 millions. Ces deux indications caractérisent bien le double effort de la Société Générale qui s'attache autaut à seconder l'activité économique du pays qu'à servir ses besoins d'épargne.

Le rapport donne des renseignements sur les deux Bauques d'Escompte et de Prêts, fondées par la Société Générale à Ivry-sur-Seine et à Charenton, pour venir en aide à la classe la plus éprouvée par les inondations du début de 1910.

La situation des filiales de la Société Générale est considérée comme pleinement satisfaisante.

Le rapport signale également la fondation de la Société Immobilière Parisienne et Départementale à laquelle la Société Générale a fait apport des immeubles divers possédés par elle tant en Province qu'à Paris, à l'exception de l'immeuble social et de ses extensions. Cet apport laisse snr l'inventare une plus-value de 2.113.773 fraucs qne le Conseil propose de porter à nne Réserve Immobilière.

Les dépenses de toute nature occasionnées par les installations de Paris, de Banliene et de Province sont actuellement intégralement amorties. Quelqnes créations nouvelles out encore été faites pendant l'année 1910; elles portent à 838 le nombre des guicbets extérieurs.

Au conrs de l'exercice, la Société Générale a prêté son concours à de uombreuses opérations d'émission et de placement doutle rapport donne l'énumération.

La Caisse de Prévoyance posséde un avoir de près de 13 millions. Uue allocation égale à 5 0/0 des appointements lni a été attribnée par le Conseil. Le Conseil a également voté une allocation pour compeuser les surcharges résultant de l'enchérissement des conditions générales de la vie, à l'égard dn personnel.

Eu ce qui concerne les affaires Pérnviennes. le rapport annonce que les recettes du Port, après avoir subi le contre-coup du ralentissement général des affaires américaines, ont repris nne marche ascendante La Banqne de Paris et des Pays-Bas a vu confirmer ses pouvoirs d'administrateur de la Participation Guano par un arrêt de la Cour d'appel de Paris. Sitôt douc que les événements permettront de reprendre les négociations momentanément interrompnes, la Banque de Paris sera mieux qne jamais en mesure de les poursnivre et de les mener à bien.

Les béuéfices nets de la Société Générale ont été de 15.926.284 fr. 43. Le Couseil a proposé de fixer la répartition à 17 fr. 50 nets par action, sur lesquels 6 fr. 25 ont été déjà payés aux actionnaires, à titre d'acompte, le 1er octobre 1910 et de reporter à nouveau 201.731 fr. 80.

Le Conseil termine son rapport en exprimant ses regrets du départ de M. Gaudet, administratenr démissionnaire, en rendant un dernier bommage à M. Brodiu, administrateur décédé, et en proposant la ratification de la uominatiou comme administrateurs de MM. de Fourtou, ancien conseiller référendaire à la Cour des Comptes, Guernant, ancien sous-gouverneur de la Banque de France et Lemarquis, ancien administratenr jndiciaire au Tribunal civil de la Seine.

L'assemblée a approuvé les comptes de l'exercice 1910 et a fixé le dividende total à 18 fr. 229 brut, soit 17 fr. 50, déduction faite de l'impôt de 4 0/0 sur le revenu. Elle a ratifié les nominations comme administrateurs de MM. de Fourton, Guernaut et Lemarqnis. Elle a réélu administrateurs pour cinq ans MM. Bouillat, Bourget et Spitzer, et censeur pour trois ans M. Lavallée. Elle a enfin nommé commissaires pour l'exercice 1911, MM. Lavallée, Thirria et Cornélis de Witt.

ÉCHOS

Service de santé

Sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du corps de santé et reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de médecin aide-major de 2e classe (pour prendre rang du 1er avril 1911) : les médecins auxiliaires Gaillard, du 99e d'inf., affecté an 48e d'art.; Texier, du 60e d'art., affecté service dépôt 2e div. cavalerie; Roux, du 21e d'inf., affecté place de Belfort.

Sont nommés au grade d'officier d'administration de 3e classe et affectés aux hôpitaux : Pemjean, Saint-Martin, Paris; Massiani, Nancy; Cariolle, Lille; Cailly, Bégin; Trouillez, Tunis; Campan, Val-de-Grâce; Petat, Versailles; Bernhard, Alger; Brabant, Dunkerque; Chevalier, Villemanzy, Lyon; Chateau, Bordeaux; Fabre, Toulouse; Combe, Marseille, Pelletier, Desgenettes, Lyon; Oudin, camp de Châlons; Liard, Belfort; Poudière, Grenoble; Videmann, Bayonne; Maisongrande, Bourges; Vanet, Belfort; Fradin, La Rochelle; Comte, Oran; Jouet, Rennes; Dordin, Sedan; Châlon, Maubeuge; Astruc, Ajaccio; Colonna-Cesari, Bastia; Riboud, Perpignan; Limouzy, Toul.

Ces officiers d'administration de réserve seront mis en route d'urgence pour rejoindre l'hôpital auquel ils sont affectés. Ils conserveront, au moment de leur passage dans la réserve de l'armée active, les affectations qu'ils ont reçues précédemment pour les cas de mobilisation.

D'autre part, ces officiers, accomplissant leur quatrième semestre de service devront être considérés comme des stagiaires ayant encore à compléter par une instruction pratique les connaissances théoriques qu'ils ont reçues à l'école d'administration, et ne pourront être, dès le début, à même de remplacer un officier de l'armée active.

Une nouvelle responsabilité pour les médecins.

Il arrive tous les jours que le médecin rural est sollicité par ses clients de remmener en voiture le commissionnaire — parent, domestique, voisin, — qui vient à la ville faire exécuter l'ordonnance afin de gagner un temps qui peut être parfois précieux. Rarement le médecin, nature essentiellement complaisante, refuse de rendre un pareil service.

A une époque où l'automobile tend à remplacer de plus en plus l'hippomobile, il est bon que nos confrères soient prévenus que, ce faisant, ils assument la responsabilité de la sauvegarde de leur compagnon éventuel de route et que, s'il leur survient un accident où celui-ci soit blessé, ils sont susceptibles d'en supporter les conséquences et d'en rendre compte à la justice de leur pays.

Le conducteur d'une automobile est, en effet, responsable des accidents qui peuvent arriver à ses compagnons.

La chose, qui fut jugée bien des fois, vient de l'être à nouveau à Amiens.

Le tribunal civil de cette ville, suivant l'exemple donné par plusieurs tribunaux et cours d'appel, a rendu un jugement préparatoire condamnant un chauffeur qui avait pris à bord un de ses amis.

Dans un accident que le chauffeur ne put éviter, le voyageur fut assez grièvement blessé et réclama des dommages-intérêts.

Le geste n'est peut-être pas très joli, mais il est permis, puisque les tribunaux l'acceptent.

Autre cas :

Un chauffeur se voit arrêter sur la route par un paysan, qui lui demande de l'amener à la ville voisine.

L'automobiliste, aimablement, accepte. Au cours du voyage, un accident se produit, et le paysan est blessé.

L'affaire arrive au tribunal et le chauffeur est obligé de payer une grosse somme au voyageur.

Donc, chauffeurs, mes confrères, vous voilà avertis.

Vous pouvez répondre aux clients qui vous demanderont à circuler dans votre voiture :

« Impossible. Je suis désolé de ce refus, mais je ne tiens pas à être responsable des accidents qui pourraient vous arriver. »

REVUE FINANCIÈRE

Marché meilleur en bonnes tendances. Les chemins de fer seuls, sont en recul devant les discours de la Chambre. Les valeurs russes sont toujours très activement traitées en hausse : Maltzoff, Hartmann, Briansk (454).

Les Quebec Railway ont justifié nos prévisions. Les voici déjà à 338 francs coupon trimestriel de 4 fr. 77 détaché le 16 avril. Elles feront mieux.

On parle beaucoup de la Lonely Reef à 91 francs. Cette valeur serait à la veille d'une hausse, nous dit-on.

A.-S. Weil.

Loterie pour un groupement d'œuvres de bienfaisance et d'encouragement aux arts (*Deuxième et dernière partie*).

Émission de 1.737.500 billets

Les souscriptions sont reçues jusqu'au 27 avril aux guichets des Etablissements de Crédit et de diverses Banques à Paris et en Province.

Nous rappelons les avantages exceptionnels qu'offre cette loterie, la dernière sans doute qui sera, au moins de longtemps, émise en France : les billets participent à six tirages, comprenant :

6 lots de 1 million de francs; 6 lots de 200.000 fr.; 6 lots de 100.000 francs; 12 lots de 50.000 francs; 125 lots de 10.000 francs; 628 lots de 1.000 francs; 180.000 lots de 50, 45, 40, 35, 30 et 25 francs pour 6.750.000 francs, soit au total 17.028.000 francs de lots.

Le premier tirage aura lieu le 20 mai, et comprendra 1 lot de un million, 1 lot de 200.000 francs, 1 lot de 100.000, 2 lots de 50.000, 20 lots de 10.000 francs, etc...

La totalité des 17.028.000 francs consacrée aux lots sera versée au « Crédit Foncier de France » qui se charge, comme pour la première émission, du service des tirages et du paiement des lots.

Conformément à l'arrêté ministériel d'autorisation, le produit net de la Loterie sera versé à la Caisse des Dépôts et Consignations pour être réparti aux Œuvres bénéficiaires.

CAISSE DES REDEVANCES

Nous avons déjà eu l'occasion de parler ici de la Caisse des Redevances et d'exposer son mécanisme très ingénieux.

Au moment où cette Société procéda à l'augmentation de son capital dans des conditions particulièrement avantageuses pour les porteurs, et que nous exposons plus loin, nous croyons utile de rappeler son objet social ainsi que les résultats qu'elle a déjà acquis.

La Caisse des Redevances n'exploite pas par elle-même; elle se contente d'encaisser les redevances ou « pour cent bruts » sur des concessions pétrolifères en Galicie (Autriche) et notamment dans le riche district de Tustanowice où les propriétaires fonciers n'ayant pas les moyens de mettre en œuvre une industrie de pétrole, concèdent l'exploitation de terrains à des Sociétés qui s'engagent, par acte notarié et enregistré, à leur payer une redevance allant parfois jusqu'à 30 0/0 de la production brute future. C'est cette redevance qu'on appelle le « pour cent brut ».

Les droits du propriétaire sont inscrits officiellement au bureau cadastral des mines; chaque mois, l'Administration fait un relevé officiel des quantités de pétrole produit par chaque exploitation et les ayants droit du pour cent brut touchent aussitôt leur part de l'extraction en espèces suivant le cours moyen du pétrole durant le mois.

Cette situation particulièrement privilégiée permet de dire que le pour cent brut est une valeur nationale, reconnue par le Gouvernement autrichien, régie par les lois minières autrichiennes et traitée par toutes les grandes Banques de l'Empire.

Les propriétaires ont la faculté de céder tout ou partie de leurs droits à des tiers; cette cession s'opère au moyen d'un acte notarié et notifié aux Sociétés d'exploitation qui doivent remettre la portion cédée des pour cent bruts au cessionnaire; celui-ci se trouve alors substitué dans tous les droits du propriétaire cédant.

On voit que l'ayant droit aux pour cent bruts n'intervient en aucune façon dans les frais de recherches, sondages, etc... Il n'a qu'à recevoir son pourcentage sur la quantité brute de pétrole extrait et il touche cette participation dans le courant du mois qui suit l'extraction.

L'importance de ces mensualités ne dépend que de la quantité d'huile extraite et du cours du pétrole; mais il est exempt de tous risques d'exploitation; il ne court, par conséquent, aucun aléa et n'a que des frais généraux très limités.

Sur les concessions où s'exercent les pour cent bruts de la Caisse des Redevances, il y a place pour 146 puits, dont 51 sont en pleine production et 9 en forage, qui produiront dès la présente année; 86 restent à construire.

Pour son premier exercice social, qui ne comportait que dix mois (mars à décembre 1909), la Caisse des Redevances, a pu répartir un dividende total de 5 fr. 87. Pour l'exercice 1910, les acomptes suivants ont été payés :

	Pr acompte de div.		Fr.
Le 15 mars 1910.......	janvier	1910	0 75
Le 15 avril 1910	février	1910	1 »
Le 15 mai 1910........	mars	1910	1 25
Le 15 juin 1910........	avril	1910	1 25
Le 15 juillet 1910.......	mai	1910	1 35
Le 15 août 1910.........	juin	1910	1 35
Le 15 septembre 1910...	juillet	1910	1 35
Le 15 octobre 1910.....	août	1910	1 40
Le 15 novembre 1910...	septembre	1910	1 45
Le 15 décembre 1910...	octobre	1910	1 45
Le 15 janvier 1911.....	novembre	1910	1 45
Le 15 février 1911......	décembre	1910	1 45
Le 15 mars 1911 pour solde du divid.		1910	0 43
Soit un total de..........................			15 93

ou 200 0/0 de plus que le dividende de l'exercice 1909.

Nous devons faire remarquer qu'en adoptant la méthode de répartitions mensuelles, la Caisse des Redevances rémunère immédiatement les capitaux qui lui sont confiés; c'est encore un avantage qu'elle présente sur beaucoup d'autres entreprises. Il faut aussi observer que pour maintenir constant son rendement, ses acquisitions ne sont pas faites pour la totalité des droits d'un propriétaire, mais seulement pour une partie de ces droits, de sorte que, si un puits accuse temporairement un rendement moindre, la diminution de ce puits se trouve compensée par les autres puits.

La progression des résultats obtenus par la Société dans un an est sans exemple, car, indépendamment des sommes réparties en dividendes, elle a mis en réserve pour l'exercice dernier, après déduction des frais généraux, près d'une fois et demie les sommes distribuées.

A l'heure actuelle, comme nous le disons plus haut, la Caisse des Redevances porte son capital de 1 à 5 millions; elle pourra donc étendre considérablement son champ d'action et acquérir de nouveaux pour cent bruts, dont le rapport sera au moins égal à ceux qu'elle possède déjà.

Les bénéfices futurs s'accroîtront donc inévitablement, et, par voie de conséquence. les dividendes mensuels. parce que, comme nous l'avons dit plus haut, il reste encore 95 puits sur la production desquels ses pour cent bruts lui donnent droit. Ils s'accroîtront encore par suite : de la suppression des parts de fondateur qui touchaient jusqu'à ce jour 40 0/0 du superdividende;

Du remploi en pour cent bruts des réserves;

De la hausse des cours du pétrole;

Du fait que l'augmentation du capital se fait avec une prime au profit de la Société.

Dans ladite augmentation, des avantages spéciaux sont réservés aux porteurs d'actions anciennes. C'est ainsi que pour chaque action ancienne, qui vaut actuellement 295 francs environ, on peut acquérir une action nouvelle entièrement libérée au prix de 225 francs.

En achetant à l'heure actuelle l'action ancienne et en exerçant son droit de préemption sur l'action nouvelle, on a pour les deux titres un prix de revient de 295 + 225 : 2 = 260 francs par titre, ce qui abaisse singulièrement le prix du titre et représente un revenu de 2 × 18 = 36 francs, soit plus de 7 0/0, sans compter toutes les perspectives d'augmentation des dividendes envisagés plus haut.

Je dois dire, en effet, que le nouveau capital sera rémunéré dans les mêmes conditions que l'ancien, c'est-à-dire deux mois après sa mise en œuvre, soit au 15 juin prochain et je crois savoir que l'acompte mensuel de dividende sera maintenu, en attendant son augmentation prochaine à 1 fr. 45, ce qui représente 17 fr. 83 en admettant que le solde soit de 0 fr. 43 comme pour 1910.

A chaque action ancienne est donc attaché dès à présent, un avantage qui représente un bénéfice de 65 francs. On peut ainsi soutenir que l'action ancienne vaut 295 + 65, soit 360 francs, car même si on achetait à ce prix l'action ancienne, en utilisant la faculté qui lui est attachée d'acquérir un nouveau titre à 225 francs, on paierait les deux actions 360 + 225 = 585 francs, ce qui ramènerait bien le prix de chacun des deux titres aux environs du cours actuel.

L'action ancienne doit donc fatalement monter dans une importante proportion.

La faculté d'user des avantages que j'indique plus haut est laissée aux actionnaires jusqu'à fin courant.

Pour l'exercer, tout porteur de la Caisse des Redevances n'a qu'à adresser son titre en dépôt à la Société de Journaux financiers réunis, rue Pillet-Will, 9, à Paris et à la Banque Suisse pour le commerce extérieur, boulevard Haussmann, 47, à Paris, en joignant une somme de 225 francs pour l'acquisition du titre nouveau. Il doit toucher, auparavant, les coupons nos 26 et 27 pour les encaisser, comme d'habitude, les 15 avril et 15 mai.

Il est certainement peu de titres offrant autant d'attraits que ceux de la Caisse des Redevances et, à une époque où le monde entier s'intéresse aux valeurs de pétrole, ils sont évidemment de ceux qui doivent réserver à leurs porteurs les plus agréables surprises. Ils méritent donc, à tous égards, de figurer dans les portefeuilles les plus sérieusement composés.

82e Année (Série XIIIe) — N° 91 | Le Numéro : 25 Centimes | Mercredi 26 Avril 1911

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

Abonnements et Vente au Numéro
Librairie Médicale J. ROUSSET
1, Rue Casimir-Delavigne
PARIS

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale........ 15 fr.
Edition Espagnole .... 10 fr.
Edition Portugaise.... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

DIRECTION & RÉDACTION
11 bis, Rue Villebois-Mareuil, PARIS
DIRECTEUR :
Dr LUCIEN GRAUX
Lauréat de l'Institut

Ancienne Gazette de Santé
(139e Année)

Hors concours, Membre du Jury
Exposition franco-britannique 1908
Vice-Prés. Expos. Bruxelles Cl. 16

VILLES DE SAISON

CE QUI SE PASSE

A l'Académie de Médecine.

Sur la décantation et la gazéification des eaux minérales

M. Meillère donne lecture, au nom de la Commission des Eaux minérales, d'un rapport sur la question de la décantation et de la gazéification des eaux minérales :

M. le ministre de l'Intérieur transmet à l'Académie un rapport de M. l'Ingénieur des mines Aubert dans lequel ce dernier expose les raisons qui militent dans son esprit en faveur d'une certaine tolérance des pratiques de décantation et de gazéification, au moins en ce qui concerne les eaux minérales de la région de Saint-Yorre, ces eaux se troublant et déposant spontanément dans les heures qui suivent leur sortie du forage.

Cette altération rapide des eaux bicarbonatées ferrugineuses leur donne un aspect peu engageant pour le consommateur. Cette altération se produirait surtout — aux dires mêmes de M. l'ingénieur Aubert — depuis que les forages se sont multipliés d'une façon exagérée. A ce propos, il est bon de remarquer que l'Académie de médecine a maintes fois appelé l'attention des Pouvoirs publics sur les inconvénients qui peuvent résulter de l'exploitation simultanée de forages exécutés en grand nombre, sur un espace relativement restreint, et se portant naturellement préjudice les uns aux autres. L'insuffisance de la législation à cet égard — au moins en ce qui concerne les eaux simplement autorisées et non déclarées d'intérêt public — n'a permis de prendre aucune sanction efficace. Une mesure palliative a cependant été proposée par l'Académie de médecine, à la suite d'un rapport de M. Hanriot, concluant au réglage du débit en dehors des périodes d'embouteillage (*Bull.* du 17 février 1903). Une surveillance imparfaite n'a pas permis d'obtenir de cette mesure tout le bénéfice que l'on en attendait.

Pour ce qui concerne le fait même de la *décantation* et de la *gazéification*, l'Académie ne peut qu'affirmer à nouveau l'opinion qu'elle a toujours formulée à cet égard, à savoir que « *l'eau minérale doit être livrée au consommateur telle que la nature la fournit, c'est-à-dire sans autre manipulation qu'un embouteillage réalisé dans les conditions d'asepsie les plus parfaites que l'on puisse pratiquement réaliser* ». (*Bull. Acad. de méd.*, 27 mars et 24 juillet 1894, 4 décembre 1900 et 22 janvier 1901.)

« *Seront seuls tolérés les réservoirs d'amenée hermétiquement clos recueillant directement l'eau et les gaz à la sortie de la colonne ascensionnelle et faisant en quelque sorte partie intégrante du captage, l'eau ne devant pas séjourner dans ces réservoirs pendant plus de vingt-quatre heures.* » (*Bull.* du 24 juillet 1894.)

Le séjour dans ces réservoirs suffit, en effet, pour assurer le dépôt des particules sableuses entraînées mécaniquement par l'ascension de l'eau minérale.

Les recherches effectuées depuis ces dernières années sur le rôle que peuvent jouer en point de vue thérapeutique les substances contenues à l'état de traces dans les eaux minérales ne peuvent qu'engager l'Académie à persister dans son opinion, conforme à celle qu'ont du reste adoptée tous les congrès. Il est d'ailleurs de toute évidence que le dépôt provoqué par le changement de pression et le contact de l'air peut entraîner — outre le fer, le manganèse et l'arsenic pour lesquels la question ne se pose même pas — d'autres éléments minéralisateurs ayant une importance thérapeutique.

Il est à peine besoin de signaler la singulière contradiction qui subsiste entre la pratique de la décantation et le maintien sur les étiquettes des doses originelles de fer et d'arsenic presque complètement séparées par cette décantation.

La Commission propose donc à l'Académie de déclarer qu'elle condamne formellement toute manipulation exécutée sur les eaux avant l'embouteillage, et plus particulièrement la décantation et la gazéification uniquement destinées en l'espèce à pallier aux inconvénients d'une exploitation mal conduite.

— Les conclusions du présent rapport, mises aux voix, sont adoptées.

3° *Sur la nécessité d'introduire une nouvelle demande en autorisation pour les sources minérales ne présentant plus la composition qu'elles avaient au moment où elles ont été autorisées.*

Il s'agit en l'espèce de la situation actuelle d'une source Maynard autorisée par arrêté ministériel en date du 8 février 1862, après un rapport favorable de l'Académie de médecine assignant à cette eau la minéralisation suivante :

Bicarbonate de chaux	0.680
— de magnésie	0.259
Sulfate de chaux	0.925
— de magnésie	0.300
— de soude	0.050
Chlorures de sodium et calcium	0.300
Silice, alumine, phosphates	0.100
Strontium, arsenic, iode	traces
Oxyde de fer	0.001
Minéralisation correspondant à un résidu sec de	2.247

Le captage de la source a été remanié en 1904 sous la surveillance du service des Mines, les travaux exécutés étant de nature à assurer une protection plus efficace de la source contre les eaux de surface, d'après le rapport de l'ingénieur des Mines.

A l'heure actuelle, la composition de l'eau se trouve notablement modifiée, ainsi que l'on peut s'en rendre compte en comparant les chiffres fournis plus haut à ceux d'une analyse récente qui assigneraient à l'eau de la source Maynard la composition suivante :

Alcalinité en carbonate de chaux	0.345
Chlorure en NaCl	0.011
Chaux	0.543
Magnésie	0.129
Sulfates en sulfate de chaux	1.143
Résidu sec à 180 degrés	1.550

Malgré la constatation de ces modifications de composition, les propriétaires de la source Maynard continuèrent l'exploitation de ladite source, mais en faisant état des dernières constatations pour la recommander, non plus comme succédanée des eaux de Vittel-Contrexéville, mais comme eau de table.

A la suite d'une demande en retrait d'autorisation basée sur ces faits, mais introduite par un concurrent, l'Administration a fait procéder à une nouvelle enquête technique, à la suite de laquelle le service des Mines a reconnu la matérialité des faits mais a émis l'opinion qu'il n'y avait pas lieu à revision de l'autorisation originelle, la législation actuelle des eaux minérales ne permettant le retrait de l'autorisation, qu'en cas « de résistance aux règles prescrites par l'ordonnance, ou *d'abus qui seraient de nature à compromettre la santé publique* ».

L'Académie de médecine est consultée à son tour pour donner son avis sur ce point. On lui a transmis à cet effet le rapport du service des Mines et les autres documents de l'enquête administrative.

Il résulterait de ces renseignements que le changement survenu dans la minéralisation n'a pas été reconnu au moment même où l'on exécutait les travaux de réfection, et que c'est uniquement par la dénonciation d'un concurrent que la situation irrégulière de la source Maynard a été connue de l'Administration.

Il est regrettable que le service des Mines, qui a surveillé les travaux conformément à la loi, ne se soit pas assuré par des analyses que le nouveau captage portait bien sur la même nappe que précédemment. Il n'eût certainement pas affirmé dans ces conditions que « *les travaux exécutés étaient de nature à assurer une protection plus efficace de la source contre les eaux de surface* ». Il eût certainement fait rechercher la faille primitive et se fût préoccupé du mélange possible des eaux de surface — généralement contaminées — avec l'eau minérale proprement dite.

Pour ce qui concerne la constatation du changement survenu dans la minéralisation de la source Maynard — en dehors de toutes considérations sur les causes réelles dudit changement — la Commission des eaux estime qu'une revision de l'autorisation s'impose, au même titre qu'elle s'imposera pour toutes les sources arrivées au terme du privilège trentenaire dont elles jouissent à l'heure actuelle.

L'autorisation avait été accordée à la source Maynard, parce qu'elle présentait une composition déterminée permettant de lui attribuer certaines propriétés thérapeutiques. En effet, une eau minérale est un véritable médicament, dont la composition approuvée par l'Académie est connue des médecins qui en font la base de leur prescription. On ne saurait donc admettre qu'il n'y a pas « *danger pour la santé publique* » à ce qu'une eau à propriétés curatives déterminées soit remplacée par une eau de composition différente, sur l'activité de laquelle l'opinion de l'Académie n'a pas été formulée.

La Commission propose donc à l'Académie d'émettre l'avis que *toute modification notable survenue dans la composition d'une source autorisée — quelle que soit d'ailleurs la cause de cette modification — rend caduque l'autorisation primitivement accordée et entraîne la nécessité d'introduire une nouvelle instance en autorisation.*

— Les conclusions du présent rapport, mises aux voix, sont adoptées.

⁂

Demande d'autorisation pour la source L'herbier à Fourchambault (Nièvre).

La taxe de séjour en Italie.

Voici la nouvelle loi qui vient d'être votée :

Art. 1. — Les Communes auxquelles confère une importance essentielle l'existence d'établissements hydrothérapiques ou le caractère de station climatique ou balnéaire, ont la faculté d'adresser avec la délibération de leurs Conseils, leur demande au ministère de l'Intérieur, à l'effet d'être autorisés à appliquer une taxe de séjour à la charge de ceux qui se rendent dans la Commune pour y demeurer dans le but de se soigner.

Pareille faculté est accordée à une fraction de Commune qui serait le siège d'établissements précités ou de stations, quand il n'y serait pas pourvu par le Conseil Communal. La demande y relative pourra être prise en considération toutes les fois qu'elle aura été présentée par les deux tiers des électeurs appartenant à cette fraction.

Art. 2. — Le produit de la taxe de séjour sera dévolu exclusivement, soit dans le compte de compétence, soit dans ceux des résidus, aux dépenses jugées nécessaires au développement des stations climatiques ou balnéaires; soit pour des œuvres d'amélioration, soit même de simple embellissement.

A ces fins sera instituée une comptabilité spéciale séparée du budget communal, où sera inscrite annuellement la prévision du produit de la taxe et celle de ses allocations, sans qu'il soit permis aucun virement ou transport de fonds aux parties du budget général.

D'office ou sur demande des contribuables, quand le paiement de la taxe est justifié, la Junte Provinciale administrative a la faculté de pourvoir, aux termes de l'article 214 du texte unique, de la loi communale et provinciale, approuvé par décret royal du 21 mai 1908, N. 269.

Art. 3. — Le montant de la taxe ne devra pas être supérieur à dix lires pour chaque personne, et il sera réduit au moins de moitié pour les domestiques et les enfants au-dessous de douze ans. Elle ne pourra être mise si la résidence dans la Commune est inférieure à cinq jours.

Le recouvrement de la taxe pourra être assumé directement par la Commune ou confié aux propriétaires des établissements, à leurs directeurs ou aux hôteliers.

Art. 4. — C'est au ministère de l'Intérieur, de concert avec le ministère des Finances, d'autoriser l'application de la taxe de séjour et d'introduire toute restriction ou condition qu'il retiendrait nécessaire aux règlements spéciaux approuvés par le Conseil communal et soumis à son homologation.

S'il croyait devoir accueillir les demandes des fractions, il sera pourvu d'office, en tant que nécessaire, par la Junte Provinciale administrative, en inscrivant la comptabilité spéciale au budget de la commune à laquelle il se rapporte.

Toute décision sera donnée par décret royal, ouï le Conseil d'Etat.

Dans les règlements spéciaux devront être déclarées, outre les exemptions particulières inhérentes au caractère de la taxe, celles nécessaires aux indigents, aux médecins et leurs familles, ainsi que pour hospitalisations en faveur d'autres communes, des militaires de la troupe, de la flotte et des corps assimilés.

Plombières.

La Compagnie fermière de Plombières vient de publier un Nouveau Guide illustré de Plombières-les-Bains (Vosges).

Ce guide, illustré de nombreuses vignettes artistiques, expose aussi clairement que possible les véritables indications de cette station thermale, ainsi que les propriétés caractéristiques de ses eaux. Il signale les différentes attractions qui existent pendant la saison, et indique les promenades ou excursions des environs.

Ce guide sera adressé, à titre gracieux, à tout médecin, qui en fera la demande à M. le Directeur de la Compagnie Fermière.

V.-E.-M. 1911

Le onzième voyage d'études médicales aura lieu du 28 août au 11 septembre 1911, sous la présidence effective du professeur Landouzy.

Il comprendra les stations du sud-est de la France, visitées dans l'ordre suivant : Vals, Montmirail, Lamalou, Alet, La Fou-Saint-Paul-de-Fenouillet, Prats-de-Mollo, La Preste, Amélie-les-Bains, Le Boulou, Banyuls-sur-Mer, Molitg, Le Vernet, Thuès, Mont-Louis, Font-Romeu, Les Escaldas, Ax-les-Thermes, Ussat, Aulus, Salies-du-Salat.

Réduction de moitié prix sur tous les chemins de fer pour se rendre de son lieu de résidence au point de concentration, Lyon.

Les médecins étrangers bénéficient de cette réduction à partir de la gare d'accès sur le territoire français.

Même réduction est accordée, à la fin de la tournée, au point de dislocation, Toulouse, pour retourner à la gare qui a servi de point de départ.

De Lyon, à Toulouse, prix à forfait : 350 francs, pour tous les frais, chemins de fer (1re classe), voitures, hôtels, nourriture, transport des bagages, pourboires.

Pour les inscriptions et renseignements, s'adresser au docteur Carron de la Carrière, 2, rue Lincoln, ou au Dr Jouaust, 4, rue Frédéric-Bastiat, Paris.

Sevrage brusque et Sevrage progressif
DES MORPHINOMANES

Par M. le Dr A. MOREL-LAVALLÉE
Médecin des Hôpitaux

Le 28 décembre dernier paraissait, dans un journal de médecine, un mémoire où l'auteur publiait une statistique établie sur vingt années de pratique et se rapportant à 300 ou 400 cas de démorphinisation, traités tous dans la maison de santé qu'il dirige. La méthode employée est celle du sevrage brusque, immédiat et intégral; tous, dit-il, sont sortis *guéris*.

Ce serait donc, à l'actif de la méthode de sevrage *rapide et forcé*, un pourcentage victorieux de 360 succès, en vingt ans. Et cela encore ne serait rien, mais cela donnerait la proportion vertigineuse de 360 guérisons sur 360 malades traités, soit 100 p. 100 de succès sur 360 cas.

Je suis sûr que les prédécesseurs fleurdelysés de M. Fallières, au temps où ils guérissaient les écrouelles, par procuration du Très-Haut n'auraient jamais osé rêver d'une statistique aussi effarante.

Je vais, quant à moi, bien qu'un peu intimidé par le voisinage de telles notoriétés, produire à mon tour mon modeste pourcentage Il ne porte que sur cinq cas, qui tous ont été traités par le procédé de contrainte intégrale, et plus ou moins immédiate; mais il y a cette particularité intéressante que deux d'entre eux sont des récidivistes rescapés; j'entends des récidivistes *comme morphinomanes* et rescapés *des mains du médecin*. S'étant tirés tous deux de l'exécution sommaire qui est la caractéristique de cette méthode foudroyante, ils n'ont plus osé, par la suite, redemander leur guérison définitive qu'à la liberté. Il s'agit d'un médecin qui, venu se faire traiter avec sa femme, relate leur double observation. Il rend d'ailleurs pleine justice à celui qui l'a soigné, homme consciencieux et dévoué.

Ab initio principium, disaient jadis nos pions infortunés. Commençons par la fin !

Sur mes cinq cas, on vient de faire connaissance avec les deux derniers Les trois premiers ont trait à des morphinistes qui se trouvaient ensemble dans un asile parisien à sevrage rapide et intégral, mais non immédiat; deux sont morts pendant la cure, *faute de morphine*; le troisième a eu la politesse d'attendre sa sortie pour se faire, trois semaines après, la piqûre mortelle...

200 p. 100 de succès « achérontiques » en un mois !

J'en ai, du coup, brusquement arrêté là mes relevés, pour ne pas avoir à faire figurer plus tard ces trois cas dans ma statistique personnelle. Que celui de vous qui n'en eût pas fait autant jure de se soumettre au sevrage ci-dessous décrit par notre stoïque confrère !

C'est un principe élémentaire dans toute œuvre descriptive, qu'il s'agisse d'un discours ou d'un tableau, de graduer ses effets en commençant par les images les moins accentuées pour finir par les plus terribles, au moins par les plus émouvantes.

En énumérant en premier les trois cas terminés par la mort, peut-être ai-je pu donner l'impression d'avoir manqué à cette règle? Encore une minute de patience, et l'on jugera si semblable faute a été la mienne.

Le Dr X... a donc été, il y a sept ans, traité simultanément, mais séparément, avec sa femme, dans une maison où l'on fait le sevrage brusque et intégral. Pour être bref, je rapporterai seulement quelques lignes de l'observation qu'il a rédigée sur lui-même. Je m'en voudrais, d'ailleurs, de changer une virgule aux souvenirs saisissants de ce médecin.

Je dois cet extrait à mon confrère et ami le Dr Jennings, auquel il rapportait le mérite de sa guérison (définitive cette fois — du moins en avait-il la conviction), par la *méthode lente, volontaire*.

J'avais donc quarante-six ans, dit le Dr X..., lorsqu'en 1904, je fus soigné par la méthode rapide. Prenant de la morphine depuis neuf ans, j'en étais à 0 gr. 30 ou 0 gr. 40 par jour...

J'étais, comme ma femme, dans des conditions de santé relativement bonnes : appétit soutenu, forces suffisantes, aucun abcès; et, avec cela, la *ferme volonté de guérir*.

Dès le lendemain matin de notre arrivée, je pris une purgation saline, on me fit deux simili-injections de morphine, la dernière à deux heures de l'après-midi, et... j'attendis.

Je n'oublierai jamais ces journées de torture. Vers neuf heures du soir, j'étais déjà un peu excité, les pupilles étaient légèrement ditatées, et mon confrère et sa femme (auxquels je suis heureux d'exprimer toute ma reconnaissance pour leurs soins empressés) s'installèrent à mon chevet avec des infirmiers.

A partir de 10 heures du soir, l'excitation augmenta, se changea en délire, et un état syncopal survint, subcontinu, avec agitation de tout le corps. (Les mots : *quarante ou cinquante syncopes pendant la nuit* transparaissent sur ce manuscrit, sous le trait de plume qui les a raturés.) Toutes les glandes se mirent à sécréter avec abondance, et une diarrhée chollériforme incessante survint, obligeant à me donner à chaque instant le bassin. Jusque vers six heures du matin, cet état persista, combattu par des lotions alcooliques ou plutôt acétiques, des inhalations d'éther et de sels acétiques.

Enfin, à 5 heures du matin, on me porta à la douche *froide*, qui calma un peu ces accidents; ceux-ci se ralentirent dans la matinée, vers 7 à 8 heures.

J'éprouvai alors des douleurs atroces dans toute la région thoracique antérieure.

Il me semblait qu'on me taillait des lambeaux dans la face postérieure du sternum; une constriction épouvantable me comprimait la poitrine et de véritables convulsions secouaient mes membres inférieurs.

Vers 3 heures de l'après-midi, la douleur thoracique diminua et disparut à peu près dans la soirée; il ne me resta plus qu'une grande agitation de tout le corps et des mouvements désordonnés des jambes.

La diarrhée, d'une odeur fétide et spéciale, continua et persista des semaines; elle s'atténua avec le temps. La peau exhalait une odeur de fauve; la salive, abondante et visqueuse, fut pendant huit jours tellement nauséabonde qu'il m'était impossible de prendre aucun aliment sans dégoût; enfin, de nombreuses et douloureuses pertes séminales vinrent compléter le tableau. Pendant trois jours et trois nuits, je fus l'objet d'une surveillance incessante du personnel médical, puis d'une infirmière, toute inquiétude étant passée à cette époque. Il ne resta plus que l'insomnie avec impatience qui me faisait me lever, me recoucher sans trouver la position convenable. Pendant huit jours, je souffris encore vivement de la diarrhée. — Je ne cite que pour mémoire la faiblesse générale très grande et portant surtout sur les jambes.

Au bout de dix à douze jours, il devint possible de faire quelques pas au jardin.

Tandis qu'un dactylographe recueillait à la bouche d'un graphophone la dictée résumée qui précède, je causais avec deux amis, un confrère et un ancien officier qui avait assisté à la campagne de Courbet dans les Pescadores. Le marin ne put cacher son étonnement qu'il fût encore besoin, aujourd'hui, de *proclamer devant les médecins le danger que comporte la privation brusque de l'opium*, la mort, en cette occurence, étant *chose banale*. Il avait lui-même vu, tenu et enterré des Chinois, dont un grand nombre, faits prisonniers à Formose, mouraient subitement dans les premiers jours. Il en fut ainsi jusqu'à ce que les médecins de la flotte en eussent donné l'explication.

Dès que l'amiral fit distribuer une *ration d'opium*, cette mortalité cessa.

En vérité, il est permis de se demander, étant donnée la facilité de telles morts subites, s'il n'est pas présomptueux d'en affronter l'aléa en se fiant à l'infaillibilité de ses ressources thérapeutiques.

— Pour en finir, je cueille, dans l'auto-observation du confrère, les lignes qui suivent; elles sont la digne terminaison du tableau qui précède :

« *Une particularité de la suppression fut que, pendant les quarante-huit premières heures de la cure, ma barbe, un peu grise à mon arrivée, blanchit complètement. Mes cheveux, atteints, eux aussi, le furent moins que ma barbe. Ceux de ma femme, très noirs, grisonnèrent beaucoup pendant notre séjour et devinrent presque blancs sur le front...* »

Tous les historiens de la Terreur mentionnent que la reine Marie-Antoinette, ou telle autre princesse, vit ses cheveux blanchir pendant sa détention à la Conciergerie et dans l'attente du Tribunal révolutionnaire, et cela dans l'espace d'une nuit.

La médecine traitait cela de légende, ou, en tout cas, on avait grande tendance à nier la possibilité d'une telle décoloration en longueur des cheveux sous l'influence d'une violente émotion, et dans l'espace de quelques heures.

Aujourd'hui, la preuve est faite. On doutait hier que les cheveux pussent blanchir en quelques heures dans l'attente du bourreau; or, le fait est désormais acquis : dans certains cas de thérapeutique outrancière, deux jours de cure dans le cabanon sanitaire valeut autant, pour produire un ébranlement trophique, que la veillée de l'échafaud (1).

(1) J'ai été témoin, l'an dernier, du phénomène inverse chez une malade de soixante dix ans, que je soignais avec mon collègue et ami Lion. Il s'agissait

Pour nos stations thermales

Par François COREIL

Député du Var, Membre de la Commission d'hygiène publique

Bientôt malades et surmenés vont demander à nos stations thermales, avec le repos salutaire, l'atténuation ou la guérison des affections dont ils souffrent.

Comme le touriste qui, la plupart du temps, néglige par ignorance ou snobisme les admirables sites de notre pays pour aller à l'étranger, le malade, alléché par une réclame dithyrambique, consulte son médecin sur telle ou telle station hydrominérale étrangère. Et le praticien, se conformant, lui aussi, à la mode, n'hésite pas à prescrire à son client une cure à l'étranger. L'exemple lui vient d'ailleurs de haut : de quelques-uns des éminents professeurs de la Faculté !

Il n'est cependant pas rare d'observer que, malgré les indications du prospectus, les eaux minérales de l'Allemagne et de l'Autriche par exemple ne possèdent pas les qualités thérapeutiques de leurs similaires françaises. Comment, d'ailleurs, nos médecins connaîtraient-ils parfaitement ces dernières, puisque nul enseignement officiel ne leur a jamais appris ce qu'était une cure thermominérale, ni fait connaître les merveilleuses ressources de la France en eaux minérales.

Un médecin français n'a-t-il pas publié un livre exaltant des eaux minérales allemandes et faisant ressortir d'une manière tendancieuse, la prétendue infériorité de nos stations thermales !

Il serait temps d'organiser une campagne en faveur des stations thermales françaises, ainsi que l'a fait avec un si grand succès le *Touring-Club* pour nos sites, et monuments nationaux.

La nécessité de cette campagne a été reconnue par un certain nombre de sénateurs et de députés qui ont créé un groupe parlementaire pour la défense des stations françaises. Ce groupe s'est occupé de rechercher les causes de la défaveur attribuée à ces stations. Il a tout d'abord constaté une lacune dans l'enseignement médical officiel: on ne se préoccupe pas assez d'éclairer nos futurs praticiens sur les ressources de nos stations hydrothermales, qui répondent à tous les besoins de la thérapeutique des maladies auxquelles elles s'appliquent.

Le jeune médecin ne connaît le plus souvent la thérapeutique hydrominérale que par les prospectus et les réclames intéressées. Et chacun sait combien l'Allemagne est supérieurement organisée pour mettre en relief par les travaux de ses savants la valeur de ses stations thermales et climatologiques, au grand détriment des stations françaises.

Il est absolument nécessaire de combler au plus tôt cette lacune, d'organiser officiellement dans nos facultés l'enseignement de l'hydrologie minérale.

C'est dans ce but que notre ami, M. Georges Chaulet, député des Landes, a soumis à la Chambre, lors de la discussion du budget de l'Instruction publique, un projet de résolution « tendant à inviter le gouvernement à proposer dans le budget du futur exercice la création d'une chaire de climatologie et d'hydrologie minérale à la Faculté de Médecine de l'Université de Paris. » Et de nombreux collègues ont approuvé la proposition Chaulet.

Nos Facultés et Ecoles de médecine de province sont, à l'heure actuelle, mieux dotées que la Faculté de Paris au point de vue qui nous concerne. Il y a, en effet, une chaire d'hydrologie à la Faculté de Toulouse et à l'Ecole de médecine de Rennes: à Lyon, un agrégé libre est chargé d'un cours complémentaire, tandis qu'il n'existe à Paris aucun enseignement officiel de cette partie si importante des sciences médicales.

Frappés de cette lacune, quelques professeurs ou agrégés de Paris se sont efforcés de faire une place dans leur enseignement aux applications thérapeutiques des eaux minérales. Le professeur Landouzy a organisé, sous la forme de voyage de vacances pour les praticiens et les étudiants, des visites aux principales stations thermales. Le professeur Gilbert et l'agrégé Carnot ont compris dans leur enseignement la *crénothérapie*, science des indications cliniques et des applications thérapeutiques des eaux minérales.

Mais aucune des récentes découvertes sur les gaz rares, la radio-activité, l'ionisation des eaux minérales, aucune des notions nécessaires de géologie, de minéralogie, de physique et de chimie appliquées à l'étude de l'origine ou de la composition des eaux n'est officiellement enseignée à la Faculté de médecine de Paris.

Le docteur Chassevant, agrégé libre de la Faculté de médecine de Paris, a pris l'initiative, cette année, d'exposer toutes ces notions aux étudiants parisiens en un certain nombre de leçons, commencées le 6 mars dernier. M. Chassevant disait, au cours de sa première conférence, publiée par la *Gazette Médicale de Paris* du 15 mars :

« Pour que le médecin puisse utilement faire œuvre de thérapeute, il lui est nécessaire d'avoir des notions précises et exactes sur la constitution, l'origine, et les propriétés pharmacologiques des médicaments. Ces notions lui sont enseignées dans le Cours de matière médicale et de pharmacologie.

« Il est tout aussi indispensable au médecin, qui veut mettre en œuvre les ressources thérapeutiques des sources hydrominérales de connaître la matière médicale et la pharmacologie des eaux minérales, c'est-à-dire d'acquérir des notions précises d'hydrologie. »

C'était assez démontrer l'utilité de cet enseignement que nous préconisons.

Mais il ne suffit pas, à notre avis, que cet enseignement existe en fait à la Faculté de Paris, grâce à l'initiative et au dévouement de M. Chassevant, il est de toute nécessité que le ministre de l'Instruction publique le rende officiel, sans avoir d'ailleurs à créer pour le moment du moins, une chaire spéciale.

Que l'honorable M. Steeg fasse de la conférence libre du docteur Chassevant une conférence obligatoire ; qu'il rappelle ce dernier à l'exercice, qu'il le réintègre dans les cadres actifs et l'enseignement officiel de l'hydrologie minérale sera ainsi créé au grand avantage des stations thermales françaises.

Les dépenses occasionnées par cette nouvelle organisation seraient insignifiantes et nous avons la certitude que, si cela était nécessaire, les Chambres n'hésiteraient pas à accorder au ministre les crédits dont il aurait besoin.

Origine et Diagnose des Eaux Minérales

RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DES EAUX MINÉRALES FRANÇAISES (1)

Par le Docteur Allyre CHASSEVANT

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

Elie de Beaumont a fait remarquer en 1847 que les éjections volcaniques, les filons métalliques et les eaux minérales avaient la même origine.

Il disait : « Les éruptions volcaniques amènent à la surface du globe des roches en fusion, des laves, des substances volatilisées, on se trouve naturellement conduit à y rattacher les *eaux thermales et la plupart des eaux minérales.* »

Elie de Beaumont admettait l'origine ignée des eaux minérales.

Plus tard, le savant ingénieur Daubrée, géologue distingué, émit pour expliquer la genèse des eaux thermales une hypothèse différente.

Par une série d'expériences ingénieuses, il démontra que l'eau météorique peut imbiber les roches les plus compactes par capillarité et que la force capillaire permet l'introduction de l'eau dans les interstices de ces roches malgré une forte pression contraire. Se basant sur ses expériences, Daubrée admit alors l'*origine météorique exclusive des eaux thermales.*

D'après lui, les eaux météoriques pénétraient dans la profondeur de l'écorce terrestre en suivant une couche de terrain perméable, se minéralisaient par lixiviation des terrains rencontrés, s'échauffaient au fur et à mesure de leur pénétration dans les couches profondes du sol en raison des lois de la géothermie dont je vous ai déjà décrit le mécanisme. Puis, profitant d'une diaclase ou d'une faille, remontaient à la surface du sol avec rapidité, de telle sorte que la thermalité des eaux n'avait pas le temps de disparaître au contact des couches refroidies des terrains de la surface.

Il suffit en effet à une eau météorique de pénétrer à 3.000 mètres de profondeur pour atteindre la température de 100°.

M. le professeur Armand Gautier, qui récemment a fait des recherches sur l'origine des eaux minérales, admet que ces deux modes de formation concourent à la production des eaux thermales.

Il y aurait donc deux espèces d'eaux minérales, les unes d'origines météoriques, ces eaux pénétrant dans le sol se minéralisant par lixiviation, sont des eaux d'infiltration, des *eaux neptuniennes*, comme le dit le professeur Landouzy.

Les autres viendraient directement des profondeurs de la croûte terrestre, formées par synthèse au dépens des roches ignées. Ce seraient des eaux de synthèse, des eaux vierges ou *plutoniennes.*

M. le professeur Armand Gautier a été ame-

(1) Leçon faite à la Faculté de Médecine.

d'un processus péripancréatique jugé addissonien. Les yeux de la malade devinrent plus noirs qu'auparavant, et les cheveux, grisonnants, offrirent le même phénomène étrange de regresser au noir sur toute la lisière du front. Il n'y avait pas de tache pigmentaire sur les muqueuses, mais l'ensemble de la peau avait la teinte gris noirâtre. (*Soc. Méd. des Hôpit.*).

né à étudier l'origine des eaux minérales, à la suite d'une série de travaux concernant la composition de l'air.

Chargé par le Conseil départemental d'Hygiène du département de la Seine d'analyser l'air de Paris, souillé par ses fumées, il a constaté dans l'air la présence constante d'hydrogène.

Poursuivant méthodiquement ses recherches, il a observé que l'hydrogène existait d'une façon normale dans l'air capté à la surface du sol, aussi bien dans les villes que dans les campagnes, à la surface des mers que sur les plateaux arides des montagnes.

Par contre, l'analyse spectrale des rayons des aurores boréales faite par Paulsen a démontré que l'atmosphère ne contient plus traces d'hydrogène à une hauteur de 30 à 40.000 mètres. M. le professeur Armand Gautier en a conclu qu'un flux constant d'hydrogène devait émaner du sol.

Au reste, le gaz hydrogène accompagne d'une façon constante les gaz des éruptions volcaniques.

Poussant plus loin ses recherches expérimentales, M. le professeur Armand Gautier a pu constater que les roches cristallines d'origine ignée contenaient dans leur constitution les éléments de l'eau.

Si, après avoir enlevé par dessication à 150 et 200° la totalité de l'eau interposée dans les roches et de l'eau de cristallisation, on porte ces roches à la température de 250°, elles laissent distiller une nouvelle quantité d'eau, qui se forme, à cette température, aux dépens de l'hydrogène et de l'oxygène qui entre dans leur composition; chauffé dans ces conditions :

Le granit fourni........	7 cc. 35 d'eau
Le porphyre fourni......	12 cc. 40 —
L'ophite fourni.........	15 cc. 06 —

Il est donc infiniment probable, pour ne pas dire certain, que la destruction ignée des roches cristallines à cette température joue un grand rôle dans la production des eaux thermales.

Il suffit, en effet, que par un effondrement, les roches précédemment citées s'affaissent jusqu'à une profondeur de 2.500 mètres au-dessous du niveau du sol en Auvergne, ou de 8.250 mètres dans les autres régions de la France, pour que ces roches produisent de l'eau de synthèse.

M. le professeur Armand Gautier a ainsi calculé qu'il suffit de chauffer à 250° un kilomètre cube de granit pour produire 25 à 30 millions de tonnes d'eau de constitution, ce qui représente le débit de l'ensemble des sources thermo-minérales de France pendant plus d'un an.

M. de Launay estime en effet à 700.000 hectolitres en 24 heures le débit de l'ensemble de ces sources, soit environ 25 millions de tonnes par an.

Nous devons citer à l'appui de la théorie de M. le professeur Armand Gautier l'observation faite par Fouqué en 1865 lors de l'éruption de l'Etna. Ce savant a constaté qu'au cours de cette éruption le volcan rejetait à la surface 11.000 tonnes d'eau par jour.

Du reste, la composition chimique des gaz produits par l'échauffement du granit est identique à celle des gaz des volcans, lesquels présentent la composition suivante :

Hydrogène..........................	72
Acide carbonique...................	15
Oxyde de carbone...................	10
Méthane............................	2
Azote..............................	1

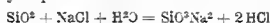
*
* *

La thèse de la formation dans le sous-sol terrestre des eaux minérales avait été déjà soutenue par Suess, géologue viennois, lequel avait émis l'hypothèse que l'hydrogène émanant des profondeurs du sol, s'unissait à l'oxygène qui pénétrait par introduction d'air au niveau des failles.

La théorie de M. le professeur Gautier diffère de celles de Suess, en ce qu'il a démontré que l'eau sort toute formée des roches ignées tout comme les acides chlorhydrique, carbonique, sulfureux qui se trouvent accompagner l'eau dans les gaz des volcans.

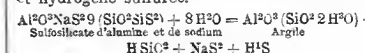
Minéralisation des eaux vierges. — L'eau ainsi formée par synthèse dans la profondeur du sol dissout les divers éléments qui distillent du noyau igné : hydrogène, azote, soufre, phosphore, hélium, argon, néon, xenon, crypton, oxyde de carbone, chlorures, bromures, iodures et fluorures métalliques.

L'eau réagit sur les chlorures de silicium, de bore et de phosphore pour donner naissance à des silicates, des borates et des phosphates. A la température du rouge, la silice réagit sur les chlorures en présence de l'eau pour donner naissance à du silicate de soude et de l'acide chlorhydrique.


$$SiO^2 + NaCl + H^2O = SiO^3Na^2 + 2\,HCl$$

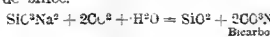
Cettes réaction que nous réalisons facilement dans nos laboratoires se passe vraisemblablement dans la profondeur du sous-sol et explique la genèse des vapeurs d'acide chlorhydrique que l'on trouve si abondantes dans les gaz des volcans.

Le soufre réagit sur l'eau pour former de l'hydrogène sulfuré, lequel réagissant à son tour sur les métaux natifs, cuivre, argent, les transforme en minéraux sulfurés. Cet hydrogène sulfuré réagit sur le silicale d'alumine (argile) pour donner naissance à des sulfo-silicates; il réagit aussi sur les carbonates (calcaire) pour donner naissance à de l'oxysulfure de carbone. Toutes ces réactions ont été réalisées par le chimiste dans son laboratoire qui sut ainsi imiter la nature. Ces sulfosels en arrivant dans les régions plus froides de la surface du sol sont décomposés ultérieurement par l'eau en un cycle inverse, qui les transforme en argile, silice, sulfure de sodium et hydrogène sulfurée.


$$\underset{\text{Sulfosilicate d'alumine et de sodium}}{Al^2O^3NaS^2 9\,(SiO^2SiS^2)} + 8\,H^2O = \underset{\text{Argile}}{Al^2O^3\,(SiO^2\,2\,H^3O)} + \underset{\text{Silice}}{H\,SiC^2} + NaS^2 + H^1S$$

C'est ainsi que nous pouvons nous expliquer la genèse des eaux sulfurées sodiques des sources thermales des Pyrénées.

Les silicates de soude qui se sont formés au rouge au dépens des roches, subissent une réaction inverse dans les régions plus froides de la surface. L'acide carbonique qui est déplacé par la silice au rouge décompose à froid le silicate de soude en présence d'eau en donnant un dépôt de silice.


$$SiO^3Na^2 + 2CO^2 + H^2O = SiO^2 + \underset{\text{Bicarbonate de soude}}{2CO^3NaH}$$

Ces réactions nous permettent d'expliquer la genèse des eaux bicarbonatées sodiques du plateau Central qui apparaissent au niveau du sol, en produisant à leurs griffons un dépôt de silice gélatineuse, phénomène qu'on observe à Vichy et aux griffons des principales sources bicarbonatées.

Les eaux thermales chlorurées sodiques ou chlorurées sulfatées ne se forment pas comme les sources chlorurées froides par lixiviation de vastes mines de sel gemme, mais se produisent au dépens des eaux vierges, qui se saturent dans les profondeurs de l'écorce terrestre de vapeurs chlorurées qui en émanent. Telle est vraisemblablement la genèse des eaux de Bourbonne, de Balaruc, de Salsomaggiore, de Celles, de Challes, de Kreusnach, d'Heilbrunnen, etc.

La présence que certains éléments même en très petite quantité, éléments qui sont d'origine volcanique certaine sont la preuve de la genèse ignée de ces eaux chlorurées: on y trouve en effet, outre le chlorure de sodium, une petite quantité de brome, d'iode, de bore, de phosphore, de silice, de fer, d'arsenic, et des gaz azote et gaz rares qui ne se trouveraient pas dans les eaux de lixiviation d'origine météorique.

Sont aussi d'origine ignée les eaux chlorurées sulfurées d'Uriage et d'Aix-la-Chapelle, il en est de même des eaux de Plombières qui contiennent de petites quantités de fluor, d'arsenic et de bore.

Cette association de principes minéraux d'origine éruptive sont en effet le cachet de l'origine ignée des eaux minérales qui les contiennent.

Minéralisation des eaux météoriques. — Les eaux de pluie, après avoir coulé à la surface des terrains sédimentaires, pénètrent dans le sol au travers des couches perméables en se chargeant de tous les éléments solubles qu'elles rencontrent. C'est ainsi qu'elles se chargent de chlorures de sodium, de sulfates alcalins et alcalino-terreux, de matières organiques, qu'elles dissolvent l'oxygène et l'acide carbonique qu'elles rencontrent sur leur trajet.

Ces eaux, dans l'intimité des sols terreux, rongent les carbonates de chaux et de magnésie, dissolvent les sels de fer et les phosphates lorsqu'elles rencontrent des minerais tels que le pyrite et la siderose. C'est ainsi que se produisent certaines eaux minérales bicarbonatées calciques et ferrugineuses.

Lorsque ces eaux rencontrent dans les diaclases, dans les grottes souterraines, les gisements de sel gemme, les marnes gypseuses, les dolomies du *muschelkalk*, elles en dissolvent les éléments solubles, c'est ainsi que se forment les eaux chlorurées saturées, telles que celles de Dax, Niederbronn, Hombourg, Salies-de-Béarn, et les eaux sulfatées calciques et magnésiennes, telles que celles de Vittel, Contrexéville, Louèches, Aulus, Epsom, Sedlitz, Pulna, etc.

Certaines de ces eaux sulfatées, calciques ou magnésiennes, peuvent rencontrer dans les trajets souterrains des matières organiques, des matières humiques, elles subissent alors une réduction: les matières organiques ou humiques s'emparant de l'oxygène du sulfate, ces eaux deviennent alors sulfurées, calciques ou magnésiennes, froides ou chaudes, telles sont par exemple l'origine des eaux d'Enghien, de Cauvallat et de Saint-Amand, etc.
el de Saint-Amand, etc.

Eaux mixtes. — Certaines eaux minérales reconnaissent pour origines un mélange d'eau vierge et d'eau superficielle, ce sont des eaux mixtes, tel est le cas des sources d'Allevard.

Répartition géographique des eaux minérales françaises. — Je vous ai dit dans ma première leçon que les sources thermales d'origine profonde, eaux vierges sortaient toujours d'une fracture récente profonde de l'écorce terrestre.

De Launay a fait remarquer que : « les sources thermales sont comme les volcans, en relations avec les phénomènes et dislocations les plus récents de l'écorce terrestre (plissements ou effondrements) et localisées dans les zones assez restreintes de la terre où ces derniers phénomènes se sont faits sentir. »

D'après Suess, par la contraction due à son refroidissement, le noyau central a provoqué des effondrements des compartiments de l'écorce superficielle qui le recouvre et par pressions latérales, a créé des plis successifs qui sont venus chevaucher les uns sur les autres. A chacune des époques géologiques correspondant à ces effondrements successifs, se sont produits des cassures longitudinales qui ont provoqué des failles et des bouleversements, réalisant à la surface du globe des imbrications de terrains analogues comme structures aux imbrications des tuiles d'un toit.

C'est au niveau de ces chevauchements que se sont produites les cassures, diaclases et failles qui ont permis aux sources thermales de jaillir.

La constitution du continent européen reconnaît pour origine l'émergence hors des eaux de quatre chaînes successives qui ont apparu à diverses époques géologiques : la chaîne Huronienne, qui a émergé à la période précambienne, a constitué les terres du Nord: Laponie et Finlande ; la chaîne Calédonienne qui a émergé à la période prédévonienne, a constitné l'ossature de l'Ecosse, de la Norvège et de la Bretagne; la chaîne Hercynienne qui a surgi à la fin de la période primaire à l'époque prépermienne, a constitué la Méséta espagnole, le plateau Central, les Vosges, la forêt Noire, et la Bohême. Enfin, le dernier soulèvement tardif qui ne s'est produit qu'à la période préquaternaire, le soulèvement alpestre, a provoqué l'émergence des Pyrénées, Alpes, Apennins, Carpathe, Caucase et Hymalaya.

Les plaines qui émergent des océans dans l'intervalle de ces chaînes principales ont été constituées par les alluvions, terrains sédimentaires qui se sont successivement conglomérés, dans les plis du terrain primaire.

Cette constitution de l'Europe nous explique et nous fait pressentir la localisation géographique des sources hydro-minérales.

La chaîne Huronienne ne contient pas de sources thermales.

Dans la chaîne Calédonienne, les sources thermales sont rares.

Au contraire, on trouve une abondante émergence de sources minérales au niveau des cassures de la chaîne Hercynienne et de la chaîne Alpestre.

Nous ne décrirons ici que la répartition géographique des sources hydro-minérales françaises.

En Bretagne, dans l'Anjou, dans le Maine, on ne trouve pas de sources thermales d'origine plutonienne, on y trouve quelques sources ferrugineuses qui résultent de la minéralisation des eaux météoriques superficielles par oxydation des pyrites et des terrains sédimentaires. Telle est l'origine des eaux de Dinan, Saint-Servan, Pontivy, Chalonnes; telle est aussi l'origine des eaux froides ferrugineuses de Forges-les-Eaux qui se trouvent en Normandie.

On trouve en Normandie, cependant, sur une plissure de filons de grés, la source thermale de Bagnoles-de-l'Orne, source d'origine plutonienne.

Le bassin de Paris est un terrain d'alluvions, on trouve dans son terrain tertiaire gypseux des eaux sédimentaires dues à la lixiviation du gypse parisien par les eaux météoriques; certaines de ces eaux par réduction due à l'action de substances organiques (*matières humiques*) peuvent donner naissance à des eaux minérales sulfurées accidentelles, telles que les eaux d'Enghien, des Batignolles, etc.

Dans l'avant-pays des Ardennes, dans la plaine du Nord, au niveau des houillères du Pas-de-Calais, les schistes pyriteux donnent par un même mécanisme l'eau sulfureuse de Saint-Amand.

Au contraire, l'émergence Hercynienne qui a constitué en France le plateau Central abonde en sources thermales. Ces sources portent à la fois empreinte du plissement hercynien, bousculé à la période préquaternaire par la dislocation alpestre.

Les limites du plateau Central sont caractérisées par la présence de grands filons de quartz qui dessinent une longue ligne de faille de plus de 100 kilomètres de long et délimite l'effondrement tertiaire des plaines de la Limagne. Ces filons sont orientés à l'est de Thiers, à Châteldon, à l'ouest de Chantrelle, à Moulins.

Plusieurs dislocations ont, à des époques géologiques successives, réouvert divers plans de fractures anciennes.

Ce sont sur les bords de ce plateau que se trouvent les principales sources hicarbonatées.

Citons d'abord les eaux chaudes situées à l'Ouest :

Eaux de Néris, hyperthermales indéterminées;

Eaux d'Evaux, hyperthermales, sulfatées, sodiques.

Puis vers la Limagne :

Les *Eaux de Royat*, thermales, bicarbonatées, chlorurées sodiques:

Les *Eaux de Chatelguyon*, bicarbonatées, chlorurées, sodiques.

Dans la faille du Sanserrois émergent les sources de *Pougues*, bicarbonatées calciques, gazeuses, froides.

Dans la faille, à l'est du plateau Central, se trouvent les grandes sources bicarbonatées, sodiques dont les eaux de *Vichy* et du bassin de Vichy sont le type :

Les eaux de *Bourbon-Lancy*, bicarbonatées sodiques;

Les eaux de *Saint-Honoré*, sulfurées, sodiques, arsenicales, thermales.

Dans le bassin de Montbrison on trouve les eaux très gazeuses faiblement minéralisées, bicarbonatées calciques de *Saint-Galmier, Sail-sous-Couzan, Couzan, Montrond.*

Dans le bassin de Roanne, les eaux analogues de *Saint-Alban, Renaisson, Sail-les-Bains.*

Dans le cœur du massif central sur des fractures d'origine tertiaire, se trouvent des eaux thermales à caractères spécialisés : les eaux du *Mont-Dore*, bicarbonatées, ferrugineuses, arsenicales.

Les eaux de *La Bourboule*, bicarbonatées, arsenicales.

Les eaux de *Saint-Nectaire*, bicarbonatées, chlorurées, sodiques.

Dans le Sud-Ouest, une fracture quaternaire en relation avec le soulèvement alpestre permet l'émergence des différentes sources de *Vals*, bicarbonatées, sodiques, froides.

A côté du plateau Central se trouve la montagne Noire qui relie ce plateau aux Pyrénées et se rapproche au point de vue géologique du moins, de la constitution du plateau Central; on trouve sur son flanc sud des sources bicarbonatées en rapport avec des pointements de basalte; signalons les sources de *Gabian* qui sont en outre bitumineuses, et les sources moins importantes de *Capus, Silvanès, Avène, Camarès, Lacaune*. La plus importante des sources de cette région est la source de *Lamalou*, qui émerge de filons de quartz ; eau chaude, bicarbonatée, métallifère.

Toutes ces sources sont d'*origine plutonienne*. Nous devons y ajouter les sources d'origine météorique, chlorurées, sodiques, qui sortent du permien triasique, source de *Balaruc* en rapport avec l'étang de *Thau*, sources de *Montmajou* et l'eau sulfatée magnésienne de *Crusy*.

Passons maintenant à la région des Vosges.

Les Vosges forment avec la forêt Noire un grand anticlinal dont la clef de voûte est la vallée du Rhin, qui s'est effondrée à l'époque tertiaire.

A l'Ouest des Vosges, se trouve une série de sources plutoniennes qui émergent des marnes irisées :

La *source de Bourbonne*, chlorurée, sodique, hyperthermale, qui se collecte en nappes dans la stratification du sous-sol;

La *source de Plombières*, hyperthermale, peu minéralisée, chlorurée, sodique, arsenicale qui sort du granit porphiroïde, recouvert de grès bigarés, est en rapport avec des filons de quartz et de fluorine;

Les eaux de *Luxeuil*, hyperthermales, chlorurées, ferro-magnésiennes, qui, sortant du grès, lixivient des stratifications en rapport avec des salines. Ces eaux sont contiguës avec un filon de jaspe vertical qui sépare des grès barytiques;

Les eaux de *Bains-les-Bains*, thermales, peu minéralisées, silicatées qui émergent comme celles de Luxeuil de terrains oligistes et de grès barytiques.

A côté de ces sources plutoniennes, les eaux météoriques en dissolvant par lixiviation et imprégnation salines du muschelkalk, du trias vosgien, engendrent une série de sources froides qui constituent les stations de Durez-des-Vosges. Telles sont les eaux sulfurées, bicarbonatées, calciques, magnésiennes, lithinées de *Vittel, Contrexéville, Martigny, Hecheloup, Outrancourt, Saint-Vallier.*

***

Passons maintenant au soulèvement alpestre.

Les Pyrénées ont précédé les autres chaînes montagneuses de ce soulèvement et possèdent un type spécial d'eau minéralisée, sulfurée, sodique, qui constitue le plus beau joyau de la parure thermale de France. Ces sources se trouvent dans la région élevée de la chaîne partout où apparaît un affleurement du terrain primaire. Elles forment au point de vue géographique deux groupes principaux :

Le groupe de l'Est, qui va du Canigou au Val d'Andore. Le groupe de l'Ouest, compris entre Bagnères-de-Luchon et les Eaux-Bonnes.

A l'extrême Est de la chaîne on constate l'émergence de massifs éruptifs, démontrée par l'existence de volcans éteints sur les flancs de la Catalogne. Aussi rencontre-t-on dans cette région quelques sources bicarbonatées telles que les sources du *Boulou*.

Les eaux sulfurées apparaissent à *Amélie-les-Bains*, sortant des parois rocheuses de gneiss, en rapport avec le schiste et le quartz.

Viennent ensuite les sources qui environnent le Canigou :

La *Preste*, eaux sulfurées dégénérées, qui sortent des gneiss au niveau du calcaire dévonien:

Le *Vernet*, source abondante, qui sort du granit au niveau du cambrien :

Graus-d'Olette, source abondante de 22.000 hectolitres, qui sort du gneiss au niveau de calcaires métamorphiques;

Les *Escaldas* et *Molitg* qui sortent du granit permien.

Dans la vallée de l'Ariège, les eaux de *Dax* qui sortent d'une faille de schiste cambrien.

A l'Ouest de ce groupe de sources thermales, s'étend une zone où il n'y a plus de sources sulfureuses, ni de roches granitiques.

Dans cette région, c'est sur l'autre versant des Pyrénées, en Espagne, qu'il faut aller les chercher sur le versant de la Maladetta où émergent les sources sulfureuses espagnoles, de *Caldas-de-Bobi*, de *Venasque*, de *Las-y-Arties.*

Plus loin, à l'Ouest, les sources sulfureuses réapparaissent sur le versant français :

Les eaux de *Bagnères-de-Luchon* sortent des schistes métamorphiques;

Les eaux de *Barège* sortent des alluvions glaciéres, au niveau du cambrien ; il en est de même des eaux de *Saint-Sauveur*.

Puis émergent l'important groupe des eaux de *Cauterets* : la source *César* sort du granit; celle des *Œufs* et de *Laraillère* sortent du dévonien par les diaclases de porphyre.

Plus loin, à l'Ouest, les *Eaux chaudes* sortent de la dalle cambrienne et du crétacé;

Les *Eaux-Bonnes* sortent du trias; elles sont sulfurées, chlorurées sodiques.

Nous trouvons sur les chaînons parallèles des Pyrénées et à la limite du pli tertiaire qui vient butter contre le plateau Central au niveau du raccord des terrains primaires et secondaires diverses sources bicarbonatées calciques, *Alet, Rennes-les-Bains, Campagne.*

Dans la zone des terrains secondaires, on

trouve les eaux sulfatées calciques d'*Ussat*, d'*Aulus*, de *Bagnères-de-Bigorre*.

Plus au Nord, dans le trias, se trouve les eaux météoriques minéralisées par lixiviation.

Dans la série des chlorurées sodiques : les eaux d'*Audinac*, de *Salies-du-Salat*, d'*Encausse*, de *Labarthe*, de *Barbazan*, de *Salies-de-Béarn*.

***

Passons maintenant aux Alpes, nous constatons que c'est sur le versant français que se trouvent les diaclases, et par conséquent les sources thermo-minérales; ces eaux sont plus abondantes, mais moins variées que celles d'Auvergne et des Pyrénées. Elles sont en général plus froides, moins chargées de principes dissous, leurs compositions corrrespond à celles de *Wild-Bader* des Allemands. On trouve quelques sources sulfurées sodiques : *Berthemont*, *Roquebillière*, *Saint-Martin-l'Entosque* qui sortent du permien et du trias; celles d'*Aix-les-Bains*, eaux sulfurées dégénérées, qui sortent de l'urgonien, celles de *Challes;* toutes ces eaux sont d'origine plutonienne.

On y trouve encore des sulfurées calciques, les eaux d'*Uriage* et d'*Allevard*. Ces dernières sont chlorurées, sulfatées et sulfurées accidentellement, elles sortent du lias. L'apparition du sulfure de calcium dans ces eaux sulfatées est dû à la réduction des sulfates qui se transforment en sulfure au niveau des gisements de bitume, qui jouent le rôle de réducteur. Ce sont les eaux mixtes, mélange d'eau plutonienne et d'eau météorique, minéralisée par lixiviation.

A côté de ces sources, nous trouvons les sources salines qui émergent du trias : de *Brides-les-Bains*, de *Salins-Moutiers*, ces dernières sortent des gîtes de sel gemme.

***

Nous avons terminé l'étude géographique des sources hydrominérales de la France continentale. Nous retrouvons maintenant en Algérie, le soulèvement alpestre qui fit émerger l'Atlas. Cette chaine de montagne possède les mêmes variétés de sources que celles que nous venons de décrire. Ce qui constitue pour notre colonie africaine un joyau thermo-minéral encore presque inexploité.

Signalons les eaux sulfurées sodiques et sulfurées calciques de *Hamman-el-Biban*, de *Beronarguia*, *Aïn-Hamman*, *Ksar-ksena*, dans la province d'Alger;

Hamman-Bou-R'ara, près de Tlemcen, dans la province d'Oran;

Hamman-El-Salahin, *Hamman-Cheffia*, *Hamman-El-Mazen*, dans la province de Constantine;.

Des sources chlorurées sodiques, *Hamman-Melouane*, *Hamman-Bou-Sellam*, *Hamman-Bou-Taleb;*

Des sources bicarbonatées sodiques : *Ben-Haroun;*

Des sources bicarbonatées, chlorurées, *Hamman-Bou-Hadjar*, *Aïn-El-Hamman-Ben-Hanefia*, *Hamman-Grous*, qui est le *Balneum Pompeianum* des Romains et dont la composition serait analogue à celle de nos eaux de Vichy;

Des eaux sulfatées calciques, le *Bain-de-la-Reine*, *El-Hamman*, situé près d'El-Kantara, qui fut dans l'antiquité les *aquæ Herculis*, *Hamman-R'irha*. *Hamman-Meskoutine*, eaux chlorurées, sulfatées. Enfin les eaux bicarbonatées chlorurées de *Hamman-Bou-Hadjar*.

NOTRE COMITÉ

Nous sommes heureux d'annoncer à nos lecteurs que M. le Dr Sebilean, professeur agrégé chirurgien de l'hôpital Lariboisière, membre de l'Académie de médecine, qui fut jadis l'un des rédacteurs en chef de la *Gazette*, a bien voulu accepter de faire partie du Comité de direction scientifique de ce journal.

REVUE DU LABORATOIRE

Analyse bactériologique de l'eau, par le Docteur Flecet (*Rennes-Médical*).

Ici, contrairement à ce qui se passe pour l'analyse chimique, l'analyse quantitative est facile, l'analyse qualitative hérissée de difficultés. En pratique, on se contente le plus souvent de faire la numération des germes et de dépister les colibacilles, déclarant impropre à la consommation l'eau qui renferme une trop forte proportion des uns ou des antres. Les tableaux que nous donnons ci-après permettent de se rendre compte de la valeur d'une eau d'après sa teneur en espèces banales on en coli.

La méthode que nous indiquons est, en ses grandes lignes, celle de M. le médecin-principal Vincent, professeur au Val-de-Grâce, et qu'on applique journellement au laboratoire de bactériologie de l'hôpital militaire de Rennes. Nous ne saurions trop dire avec quel intérêt nous y avons été initié.

Le prélèvement de l'eau se fait en flacon stérilisé (goulot de pharmacie) de 155 centimètres cubes environ. Ce goulot, une fois rempli, est fermé avec un bouchon stérilisé (flambé fortement, jusqu'à carbonisation légère), puis cacheté. Le goulot, enveloppé de papier stérilisé, est ensuite placé dans une boîte en fer-blanc et cette boîte incluse, dans une caisse en bois, au sein d'un mélange de glace et de sciure. Si, quand ce flacon parvient au laboratoire, la glace a disparu, il n'y a pas lieu de tenter l'analyse. La numération des microbes serait entachée d'erreur par excès.

En possession de l'échantillon, on prend deux boîtes Petri stérilisées, puis une petite pipette stérilisée jaugée à un centimèbre cube (cm³) et établie de façon qu'elle donne L gouttes au cm³. Dans une des boîtes, on dépose I goutte de l'échantillon, soit par conséquent un cinquantième de cm³, dans l'autre on en met II gouttes, soit un vingt-cinquième de cm³, puis, dans chaque boîte, on verse environ quinze cm³ de gélatine nutritive (1) liquéfiée à l'étuve à $+37^\circ$. On mélange par agitation et on abandonne ces boîtes à la température du laboratoire, si celle-ci ne dépasse pas $+22^\circ$: autrement, on les place dans un endroit frais. Elles serviront plus tard à la numération des germes et aussi à la détermination de quelques-uns d'entre eux.

Passons à la recherche des colibacilles. Les boîtes Petri étant préparées, on prend deux tubes à essai renfermant : l'un, environ cinq cm³ d'eau peptonée, l'autre, plus grand, environ quinze cm³. Dans le premier de ces tubes, on ajoute un cm³ de l'eau échantillon, à l'aide de la pipette qui vient de servir, et, au moyen d'une pipette stérilisée de cinq cm³, cinq cm³ d'eau dans le second. On peut ensemencer ainsi non pas deux, mais un grand nombre de tubes à eau peptonée et y mettre des quantités d'eau extrêmement variées, à partir d'une goutte par exemple (c'est ainsi que l'on opère pour numérer les coli), mais, dans la pratique, quand on a beaucoup d'eaux à surveiller, il suffit le plus souvent d'opérer comme nous venons de l'indiquer.

Dans le flacon de 155, il reste environ cent quarante cm³ d'eau. Cette eau va servir également à la recherche des coli. On la rend nutritive en y ajoutant à peu près cinq cm³ d'eau peptonée concentrée, car le taux de la peptone, dans le milieu ensemencé, doit être à peu près égal à 1 0/0. Le contenu des deux tubes et celui du flacon vont maintenant être phéniqués, ce qui isolera le coli, l'Eberth et quelques microbes voisins qui jouissent de la propriété, à l'exclusion presque complète des autres, de se développer en milieu phéniqué à $+41^\circ5$.

(1) Voir à la fin de l'article les formules des milieux usités.

Pour cela, on prend une solution phéniquée à 5 0/0 et, à l'aide d'une pipette donnant environ XXX gouttes au cm³, on ajoute dans les tubes et le flacon une goutte pour deux cm³ du mélange. Ainsi le premier tube recevra III gouttes parce qu'il renferme six cm³, le deuxième X gouttes parce qu'il contient vingt cm³, et le flacon LXX gouttes, puisqu'il y reste environ cent quarante cm³. Ceci fait, on dépose tubes et flacon dans l'étuve à $+41^\circ5$, où on les laisse séjourner de douze à quinze heures. Au bout de ce temps, on examine les tubes et le flacon. Si le liquide du flacon est resté limpide, — celui des tubes le sera à plus forte raison — on peut affirmer qu'il n'y a pas de coli. S'il est trouble, il peut y en avoir. Pour s'assurer qu'il en existe, il faut poursuivre les opérations.

Avec une anse (ôse) en platine, on ensemence de l'eau peptonée, contenue dans un petit tube à essai, sous le volume d'environ cinq cm³, à l'aide du liquide prélevé dans le flacon ou encore dans l'un des tubes, si le liquide en est trouble. Avec l'ôse, on fait le prélèvement tout à fait à la surface du liquide, après avoir incliné le récipient, car le coli, étant mobile, se trouve partout, même à la surface, tandis que les autres germes, qui peuvent être causes du trouble, occupent, s'ils sont immobiles, la partie inférieure.

On phénique le tube comme il a été dit ci-dessus et on le met à l'étuve à $+41^\circ5$ durant quatre à six heures. Ce temps écoulé, avec le contenu de ce tube, même si le milieu est resté limpide, on ensemence encore une fois un tube d'eau peptonée, mais, cette fois, on le porte à l'étuve à $+38^\circ$ *seulement*. Ces opérations sont justifiées par ce fait que le coli est un des rares microbes capables de résister à deux passages en milieu phéniqué à la température de $+41^\circ5$. Au bout de vingt-quatre heures au plus (souvent quatre à cinq heures suffisent), on sort le tube de l'étuve et on recherche sur son contenu les caractères du coli. Un examen rapide de ce contenu donne du reste et d'emblée une première indication, il dégage une odeur désagréable d'urine fermentée et présente un trouble moiré en cas de coli.

Si on a affaire à du colibacille, un frottis, examiné avec l'objectif 9, à sec par conséquent, montre que les bactéries sont mobiles. On fait ensuite un Gram et on s'assure, au moyen de l'objectif à immersion, qu'elles ne le prennent pas.

Tout cela n'est pas suffisant pour identifier l'organisme qui nous occupe. Afin d'asseoir sa conviction, il faut ensemencer en lait tournesolé, en bouillon lactosé carbonaté, en milieu de Rothberger, sur pomme de terre, sur gélatine nutritive inclinée et sur gélose inclinée à 2 0/0. Enfin on met à profit la propriété que possède le coli (et non l'Eberth, ni les paratyphiques) de provoquer la formation d'indol dans les solutions de peptone (peptone pancréatique surtout). On ensemence donc, en plus des milieux précités, un tube d'eau peptonée. Les sept tubes que nous venons de manipuler sont portés à l'étuve à $+37^\circ$; les six premiers y resteront vingt-quatre heures; le septième, celui où doit se former l'indol, quarante-huit heures.

S'il existe du coli, au bout de vingt-quatre heures, le *lait tournesolé* est coagulé et à viré au rose. Quelquefois la coagulation demande un temps plus considérable. Cette réaction tient à ce que le coli fait fermenter le lactose en acidifiant le milieu.

Le *bouillon lactosé carbonaté* se comporte, en présence de coli, de la manière suivante. Il se produit à la surface du liquide un amoncellement plus ou moins volumineux de bulles. Elles sont constituées par le gaz carbonique formé par l'action de l'acide lactique sur le carbonate de soude.

Rothberger, de son côté, a [illegible] l'action du coli dans les milieux qui renferment du *rouge neutre*, ceux-ci deviennent fluorescents et, en moins de quarante-huit heures, passent du rouge au jaune canari. Dans le milieu que nous indiquons, il entre du glucose. Comme le coli fait fermenter ce sucre, les gaz, qui se produisent au sein de la masse, la font éclater et la fragmentent.

L'ensemencement sur pomme de terre se fait sur un morceau de ce tubercule stérilisé par un séjour de vingt minutes dans l'étuve à + 115°. On dépose ensuite la pomme de terre ensemencée dans l'étuve à + 37°, où on la laisse vingt-quatre heures. En cas de coli, il se développe une culture épaisse, crémeuse, brunâtre et odorante. Sur la gélose inclinée, et dans le même laps de temps, une semblable culture se montre. Elle s'épaissit par la suite. Dans le tube à gélatine, on remarque, vers la trentième heure, un enduit blenâtre, peu épais, à contours festonnés. Cet enduit devient opaque en vieillissant et pousse sans liquéfier la gélatine. Ces diverses cultures peuvent servir à faire des frottis, ce qui complète la détermination.

Reste le tube à indol. Il faut y caractériser ce corps et, pour cela, plusieurs procédés ont été indiqués. Celui de M. Sicre est parmi les plus simples. On ajoute à l'eau peptonée, ensemencée depuis quarante-huit heures, et dont le volume est d'environ dix cm³, un cm³ de solution alcoolique de furfurol à 2 0/0, on agite. On verse ensuite, goutte à goutte, environ cinq cm³ d'acide chlorhydrique pur. Peu à peu, on voit le contenu du tube se colorer en jaune serin s'il existe de l'indol. C'est afin de pouvoir bien apprécier ce changement de coloration qu'il est prudent de se servir d'une solution de peptone aussi incolore que possible, telle celle obtenue au moyen de la peptone de Witte.

Maintenant que, par l'ensemble de ces réactions, nous savons dépister les colibacilles, — et nous verrons plus tard comment on aurait pu les compter, si on avait désiré le faire, — arrivons à la numération des germes. Il faut, pour y procéder, regarder ce qui se passe dans les deux boîtes Petri. A l'aide d'un quadrillé que l'on trace, si l'on veut à la plume, sous le godet inférieur, il est facile de compter les colonies et il est indiqué de le faire quotidiennement, car si, un jour, on trouve la gélatine entièrement liquéfiée, on ne pourra fournir aucun résultat. Au contraire, quand on possède le chiffre relevé la veille, on peut, en multipliant ce chiffre par certains coefficients, établir quelle serait à peu près la numération au quinzième jour, terme constant de la culture en boîtes, puisqu'on admet que, ce temps écoulé, il ne pousse plus de colonies.

Voici le tableau de ces coefficients. Ils sont évidemment les mêmes que ceux de la durée d'incubation des bactéries sur gélatine :

1er jour	». »
2e —	19.60
3e —	8.82
4e —	5.61
5e —	5.86
6e —	3.05
7e —	2.40
8e —	1.82
9e —	1.52
10e —	1.33
11e —	1.19
12e —	1.10
13e —	1.06
14e —	1.04
15e —	1. »

Ainsi, supposons que, au cinquième jour, la gélatine soit liquéfiée; comme, au quatrième jour, 5.61 des germes étaient poussés, il faut multiplier le chiffre des colonies relevé le quatrième jour par 5.61 pour savoir approximativement quel nombre de germes renferme l'eau, c'est-à-dire quel chiffre on aurait relevé le quinzième jour si la gélatine était restée consistante. Quoi qu'il en soit, l'opération est toujours arrêtée le quinzième jour et cela pour le motif que nous avons indiqué.

En examinant chaque jour le contenu des boîtes Petri, on note non seulement le nombre de colonies, mais aussi la manière dont elles végètent. Poussent-elles en surface, on est souvent en présence de levures (*Saccharomyces* divers) ou de moisissures (*Aspergillus*, *Mucor*, *Penicellium*), les unes comme les autres n'ayant pas du reste de signification défavorable? Les microbes sont seuls intéressants. Leurs colonies, qui siègent à la surface ou dans la profondeur, sont diversement colorées : en blanc, en gris, en brun, en jaune, en rose, en rouge, en vert, en bleu, en violet, etc., et ces colonies, en croissant, liquéfient ou non la gélatine qui les entoure.

Pour s'assurer de l'existence de microbes dans ces colonies, on en prélève des parcelles pour faire des frottis. On voit ainsi si on a affaire à des microcoques, à des bacilles ou à des espèces du genre Sarcine, et on juge de la mobilité des bactéries. Un Gram apprend ensuite si les microbes examinés le prennent ou non. Notons en passant que les bacilles pathogènes de l'eau les plus redoutés, le coli, l'Eberth et celui de la dysenterie, ne liquéfient pas la gélatine et donnent des cultures blanches ou grisâtres. Remarquons aussi que *B. pyocyaneus*, qui végète en colonies vertes liquéfiant la gélatine, et *B. violaceus*, qui liquéfie également, sont, pour certains auteurs, un indice d'impureté des eaux. Mais n'insistons pas, car nous n'avons pas l'intention de nous occuper de la détermination des espèces microbiennes *autres que le coli*, nous désirions seulement apprendre à numérer les germes de l'eau et nous y sommes parvenu puisqu'il suffit de multiplier par 50 le nombre trouvé dans la boîte à 1 goutte et par 25 celui relevé dans celle à 11 gouttes pour savoir, après avoir fait la moyenne des deux opérations, combien il en existe par centimètre cube.

Voici un tableau, dressé par M. Vincent, qui permet de classer une eau d'après sa teneur en espèces banales (ou supposées banales) :

Eau très bonne....	de	0	à	150	par cm³
— bonne........		150	à	680	—
— assez bonne...		680	à	1.400	—
— passable......		1 400	à	2.000	—
— médiocre.....		2.000	à	2.600	—
— très médiocre.		2.600	à	3.000	—

Ce tableau est sévère et n'est guère utilisé dans les laboratoires civils où l'on conclut souvent avec celui de M. Miquel :

Eau excessivement pure..........	de	0	à	10	par cm³
Eau très pure.....		10	à	100	—
— pure........		100	à	1.000	—
— médiocre....		1.000	à	10.000	—
— impure......		10.000	à	100.000	—
— très impure..		100.000	et au-delà		—

Quand il existe des coli, M. Vincent devient encore plus difficile pour apprécier la potabilité d'une eau. Il classe alors comme mauvaise une eau qui, avec dix coli par litre, contient 2.000 bactéries au cm³ et comme très mauvaise, celle où l'on en aurait compté 3.000.

La présence de colibacilles dans l'eau ayant une signification très défavorable quant à l'ensemble de la flore microbienne, on peut donc être amené à numérer ces organismes. Or nous savons les rechercher et déjà la méthode que nous avons suivie nous permet une approximation. Ainsi, au cas où l'ensemencement à un cm³ donne un résultat positif, on peut conclure que l'eau renferme par litre au moins 1.000 coli. Si, au contraire, ce tube ne cultive pas, mais que ce soit celui à cinq cm³, on est en droit d'avancer que la proportion de coli oscille entre 1.000 et 200. Eh bien! pour plus de précision on conçoit qu'il suffise de faire des ensemencements plus variés, le titre de l'eau en coli sera donné par la plus petite quantité d'eau qui aura fourni une culture positive de ce microbe. D'où cette technique recommandée par M. Vincent :

1° Dans cinq tubes contenant chacun 10 cm³ d'eau peptonée, on verse successivement, et à l'aide d'une pipette donnant par exemple vingt gouttes au cm³, I goutte, II gouttes, V, X et XX gouttes de l'eau à analyser (celle-ci, bien entendu, sortant de la glacière qui l'a amenée);

2° Dans deux autres tubes plus grands, et renfermant chacun 20 cm³ d'eau peptonée, on verse 2 cm³ et 5 cm³ de la même eau;

3° Dans cinq ballons (fioles Vivien, par exemple), on verse successivement 10 cm³, 20, 50, 100 et, au besoin, 200 cm³ de l'eau à analyser. Pour l'ensemencement de ces grandes quantités d'eau, on se sert, pour plus de commodité, de la solution de peptone concentrée dont on ajoute à l'eau un volume tel que le taux de la peptone, ainsi que nous l'avons vu plus haut, soit égal à environ 1 0/0. C'est ainsi, pour fixer les idées, que le ballon renfermant 100 cm³ recevra 2 cm³ de cette solution de peptone.

Ceci fait, on phénique tous ces milieux en ajoutant à chacun d'eux, comme il a été dit ci-dessus, une goutte de solution phéniquée à 5 0/0 pour deux cm³ du mélange. Ainsi le ballon qui contient 100 cm³ d'eau + 2 cm³ de solution de peptone concentrée recevra LI gouttes de solution phéniquée. Finalement on étiquète chaque tube et ballon, on agite et on porte à l'étuve à + 41°5 où on laisse le tout séjourner de douze à quinze heures. Après ce temps, on continue les opérations de réensemencement suivant la technique indiquée à propos de la recherche des coli. Nous ferons toutefois remarquer que M. Vincent n'a recours que très exceptionnellement au deuxième passage en milieu phéniqué, de sorte que, au bout d'une vingtaine d'heures, on est en mesure de dire si l'eau examinée renferme ou non des coli et combien elle en renferme.

Pour fournir ce dernier renseignement, il suffit en effet de considérer la série des tubes et des ballons et de noter combien a reçu d'eau le premier récipient qui a fourni une culture positive. Si c'est le tube à 1 goutte, par exemple, l'eau contenait 20 coli au cm³, soit 20.000 par litre; si c'est le ballon à 20 cm³, elle n'en renfermait que cinquante.

Telle est la *Colimétrie* et voici le tableau dont M. Vincent se sert pour en traduire les résultats :

Eau pure................	0 coli.	
— bonne ou assez bonne.	1 à	10 au lit.
— passable, médiocre (à surveiller).........	10 à	100 —
— suspecte, en période d'infection au début, ou au déclin d'une grande contamination............	100 à	1.000 —
— mauvaise ou très mauvaise..............	1.000 à	10.000 —
— profondément souillée, dangereuse pour la boisson............	10.000 et au delà	—

Il est bien entendu que l'on peut arriver à plus de précision encore, ainsi en employant un compte-gouttes gradué à cinquante gouttes au cm³, ou en faisant des dilutions au centième, au deux centième, au millième, etc. Mais une telle exactitude est superflue, puisqu'une eau est déjà déclarée mauvaise quand elle contient 1.000 coli par litre et que ce résultat est donné par l'ensemencement de un cm³, c'est-à-dire de vingt gouttes de l'instrument que nous conseillons d'employer.

Autre remarque. Nous venons de voir que, jusqu'à 1.000 coli par litre, une eau n'est pas déclarée mauvaise, il suffit donc de savoir si l'eau examinée renferme ou non ce nombre de coli. C'est pourquoi, dans la méthode de recherche des coli, nous n'avons pas ensemencé de quantité d'eau inférieure à un cm³, puisque ce cm³ représente la plus faible proportion

d'eau qui doit fournir une culture positive si elle est dotée de 1.000 coli par litre.

Ceci dit sur le dosage des germes contenus dans les eaux, pourquoi prendre tant de soin d'y déceler le coli ? Ce n'est pas que cette bactérie, hôte habituel de l'intestin de l'homme et des animaux, soit pathogène par elle-même. Généralement elle ne l'est pas. Mais sa présence fait penser que l'eau, où on l'observe, a des rapports suspects avec l'extérieur. Le coli ne se trouve pas dans les terres incultes, au contraire, on le rencontre dans les terres cultivées, amené là sans doute dans les engrais qui servent à les fertiliser. Qu'il pleuve ! et les eaux d'infiltration, entraînant les coli, souilleront les sources insuffisamment protégées. La présence de coli dans une eau indique donc que cette eau reçoit des infiltrations, infiltrations qui charrieront de l'Eberth le jour où quelque selle typhique aura été répandue sur le sol lavé par elles. Au total, l'eau qui renferme du coli est une eau souillée et d'autant plus souillée qu'elle en renferme davantage; elle n'est pas pathogène par elle-même, mais elle peut le devenir. C'est une eau à surveiller et à n'employer en boisson, si sa souillure est notable, qu'après l'avoir fait bouillir ou l'avoir stérilisée par tout autre moyen.

Si l'eau, chargée de coli, est surtout dangereuse par l'Eberth qu'elle peut contenir, pourquoi n'y pas rechercher ce dernier et ne s'occuper exclusivement que de lui ? La raison tient à ce que cette bactérie est fort difficile à dépister dans l'eau, surtout en présence du coli qui l'accompagne toujours. Et puis, il faut opérer sur une grande quantité de liquide : trois litres au moins. Au contraire, la recherche du coli est facile et sa découverte intéressante puisque, quand on trouve du coli, il peut y avoir de l'Eberth et qu'il n'y a pas d'Eberth sans qu'il y ait de coli.

Nous ajouterons que M. Vincent recommande aussi d'examiner si l'eau, à côté des coli, ne renferme pas d'autres hôtes de l'intestin, tels les spirilles (à rechercher toujours en temps de choléra) et les anaérobies, mais nous nous arrêtons, n'ayant pas l'intention de poursuivre plus loin cette étude que nons avons conduite au point où nous le désirions : numération des germes de l'eau, recherche des coli et leur dosage. Ces renseignements suffisent généralement.

Un mot encore. La classification que M. Vincent a établie pour apprécier la valeur d'une eau pourvue de coli est loin d'être adoptée par tous les bactériologistes. Nous savons parfaitement que, dans la plupart des laboratoires municipaux, on est moins exigeant. C'est qu'il est très difficile d'alimenter les villes avec des eaux pauvres en coli et que, d'autre part, celles qui en renferment, même en proportions notables, ne deviennent qu'exceptionnellement dangereuses. Aussi, pris entre deux écueils, le pessimisme des laboratoires militaires et l'optimisme des laboratoires qui fonctionnent près des municipalités, pour ne pas tomber dans un excès ou dans un autre, conseillons-nous de rester sur une sage réserve, tout en péchant plutôt par un excès de prudence.

Voici maintenant les formules des milieux spéciaux à la numération des germes de l'eau et à la recherche du colibacille :

1° *Gélatine nutritive.*

Elle se prépare avec :

Gélatine..........	100 gr. (120 en été)
Peptone..........	20 —
Chlorure de sodium.	5 —
Eau.... Q. S. pour	1.000 cm³.

2° *Eau peptonée.*

Se fait avec :

Peptone (de Witte, par exemple)...	10 gr.
Chlorure de sodium..........	5 —
Eau.................. Q. S. pour	1.000 cm³

3° *Eau peptonée concentrée.*

On l'obtient avec :

Peptone sèche (de Witte).......	50 gr.
Chlorure de sodium............	25 —
Eau..........................	100 —

Cette solution est quelquefois un peu trouble. Il est inutile de la filtrer.

Ces trois milieux se stérilisent par un séjour de vingt minutes à l'autoclave à + 115°.

4° *Lait tournesolé.*

Pour le faire, on met dans de forts tubes à essai environ vingt centimètres cubes de lait, puis du tournesol de Kahlbaum en Q. S. pour colorer en bleu. On stérilise ensuite ces tubes en les chauffant durant vingt minutes, et trois jours consécutifs, à l'autoclave ouvert, comme on opère du reste avec tous les milieux qui renferment du sucre: de cette façon, on chauffe à + 100° seulement.

5° *Bouillon lactosé carbonaté.*

Pour préparer ce milieu, on ajoute à du bouillon du lactose dans la proportion de 1 à 3 0/0 et on répartit le liquide obtenu dans des tubes à la dose de dix cm³ par tube. Dans chaque tube, on ajoute un peu de carbonate de soude pulvérisé, puis on stérilise comme pour le lait tournesolé.

6° *Milieu de Rothberger.*

On prend :

Gélose à 1,5 ou à 2 0/0.........	100 gr.
Glucose à 3 0/0...............	3 —
Solution aqueuse saturée de Neutralroth................	1 cm³.

On répartit ce mélange en tubes à essai à la dose d'environ cinq cm³ par tube. On stérilise comme pour le lait tournesolé. Le milieu se prenant en masse par le refroidissement, au moment de l'emploi, il faut le liquéfier, ce qui se fait en portant les tubes au bain-marie. Avant d'ensemencer, on doit attendre qu'il soit revenu à une température convenable (environ + 40°) afin de ne pas tuer le coli. Quant à l'ensemencement, il se fait largement, à l'aide d'une pipette, et non avec l'ose qui, elle, est suffisante pour les autres milieux.

REVUE D'HYDROLOGIE

Massothérapie sous-marine.

M. Peyré emploie à Bagnoles-de-l'Orne un procédé de massage qui lui donne les meilleurs résultats. Le malade étant dans le bain, l'opérateur commence par masser l'abdomen pour y accélérer la circulation sanguine et faciliter ainsi le retour du sang des membres inférieurs. Puis il masse la cuisse, du genou vers l'aine: ensuite la jambe, et finalement le pied. Il n'emploie pas de corps gras, qui empêche le contact direct de l'eau avec les téguments, et il préfère le massage vibratoire à l'effleurage.

(*Soc. d'Hyd. méd.*)

Les eaux cuivreuses de Saint-Christau dans les dermatoses,

M. P. Bénard penche à attribuer au cuivre la part principale dans les bons effets observés depuis si longtemps à Saint-Christau dans les dermatoses. L'action de ces eaux est décapante, astringente, décongestionnante et microbicide: elle est obtenue par les bains, les fomentations, les douches générales, mais surtout par la douche filiforme à 18 et 20 atmosphères, et la pulvérisation sous forme de douche tamisée sous haute pression qui constitue la pratique à la station.

La plupart des dermatoses sont appelées à bénéficier de cette cure : eczémas de toute nature, impétigneux, nummulaire, surtout séborrhéique, par intoxications ou liés à des affections viscérales, le psoriasis, la pelade, les acnés, même le lupus érythémateux, etc. Mais la spécialisation bien propre à St-Christau, c'est la leucoplasie bucco-linguale, et même les glossites syphilitiques, où la douche tamisée, jointe au traitement spécifique, donne de très beaux résultats. (*Soc. d'Hyd. méd.*)

L'artério-sclérose et son traitement hydrominéral.

M. Bergouignan rend un pieux hommage à la mémoire de Huchard, en exposant et précisant ses idées sur le traitement hydrominéral des cardiopathies artérielles.

Les conditions étiologiques, l'évolution, depuis la présclérose jusqu'aux différents types de sclérose confirmée, artériel ou rénal, les principes généraux du traitement sont résumés d'une façon lumineuse.

Evian est avant tout une eau diurétique : elle constitue une cure de lavage, non seulement des voies urinaires, mais de tout l'organisme. Elle est donc indiquée dans toutes les intoxications ou toxémies, et s'impose dans l'insuffisance hépatique et rénale de la période préscléreuse.

Il faut rapprocher d'Evian les stations de diurèse comme Contrexéville, Martigny et Vittel. (*Soc. d'Hyd. méd.*)

Constitution d'un office central hydro-minéral.

M. Gardette expose un projet encore vague d'office central réunissant les divers groupements hydrologiques, scientifiques comme la Société d'Hydrologie, ou professionnels, comme les différents Syndicats régionaux, etc. On pourrait y trouver des salles de séances, des bibliothèques, des expositions permanentes, des bureaux de renseignements, etc. M. Gardette, sans engager du tout l'avenir, demande à la Société son patronage moral et scientifique qui lui est accordé. (*Soc. d'Hyd. méd.*)

REVUE DE BIOLOGIE

Sur la résorption du sucre par les tubes du rein, par R. Lépine, professeur à la faculté de médecine de Lyon (*Soc. méd. des Hôp.*).

Ludwig, a, comme on sait, supposé que la fonction du rein se réduisait à une transsudation à travers les glomérules et à une résorption élective par les cellules des *tubuli*. D'après lui, le plasma filtre tout entier, sauf l'albumine: et, si la composition de l'urine en diffère, c'est parce qu'un certain nombre de principes, de l'eau notamment, sont résorbés en partie, tandis que les principes excrémentitiels échappent complètement à la résorption. Cette conception était séduisante par sa simplicité. Mais on n'a pas tardé à reconnaître qu'elle ne répond pas à tous les faits; on a découvert que des synthèses s'accomplissent dans le rein, et que la température de cet organe est parfois plus élevée que celle du sang aortique. Enfin la comparaison du pourcentage de l'urée dans le sang et dans l'urine exige, avec la théorie de Ludwig, qu'une quantité colossale de liquide transsude à travers les glomérules, et soit ultérieurement résorbée. Voilà des motifs sérieux pour ne pas l'accepter dans son intégrité.

Mais n'y a-t-il rien à retenir de la théorie physique de Ludwig, et les néo-vitalistes ne vont-ils pas trop loin en ne voulant voir dans le rein que des actes de sécrétion ? — Si la sécrétion de certains principes urinaires n'est pas douteuse, d'autre part la résorption de certains autres ne semble guère contestable. Voici, par exemple, l'eau : des arguments tirés de l'anatomie comparée témoignent en faveur de sa

résorption partielle. Ainsi, chez certains animaux aquatiques la longueur des tubes est des plus minimes. — Mais. pour ne parler que de l'homme. on peut invoquer des faits pathologiques : J'ai vu des malades atteints de néphrite interstitielle qui. après une période d'hypertension artérielle continuaient à être polyuriques. Leurs cellules rénales. à l'examen histologique, avaient perdu leurs caractères normaux. Aussi ai-je soutenu depuis plus de vingt-cinq ans que, dans ces cas. la polyurie tient en partie au défaut de résorption de l'eau, par suite de l'atrophie cellulaire.

Partisan de la doctrine de Ludwig *mitigée*. j'estime que la question est seulement de déterminer quels principes sont résorbés et dans quelles limites ils le sont.

Le glycose me paraît être un de ces principes; le plasma, chez l'homme sain, en renferme pour 1000 un peu plus d'un gramme (1), tandis que l'urine pour 1000, n'en contient que 0 gr. 40 environ (2). Pour chaque litre de plasma transsudé, c'est donc 1,2 ou 1,1 — 0,4, c'est-à-dire 70 ou 80 centigrammes qui seront résorbés (3). L'hypothèse de cette résorption partielle me paraît plus vraisemblable que la théorie classique ; car la quasi-imperméabilité de l'endothélium glomérulaire vis-à-vis du sucre est assurément admissible, à la rigueur, mais ce qui l'est moins, c'est que cette demi-imperméabilité soit des plus variables et ne reste pas en rapport avec la teneur du plasma en glycose.

Voici, en effet, ce que j'ai constaté chez un grand nombre de chiens dépancréatés :

Dix ou onze heures, en moyenne, après l'ablation du pancréas, il y a plusieurs grammes de sucre dans l'urine; et cependant la glycémie est supérieure à la normale. Quelques heures plus tard, l'hyperglycémie n'est pas encore forte : elle ne dépasse pas 3 gr. p. 1000, et cependant l'urine renferme pour 1000 vingt fois plus de sucre que le plasma. Puis quinze heures plus tard, l'animal étant resté à l'inanition, l'hyperglycémie a augmenté, tandis que la glycosurie a énormément baissé : l'urine ne renferme plus pour 1000 que quatre ou cinq fois plus de sucre que le plasma.

Cette discordance radicale entre la glycémie et la glycosurie s'explique assez aisément par la théorie de la résorption du sucre. En effet, au début, les cellules du rein, *surprises* en quelque sorte par un excès de travail auquel elles n'étaient pas préparées, sont momentanément insuffisantes. Mais, au bout de quelques heures, elles s'adaptent à leur tâche nouvelle, de sorte qu'en présence d'un transsudat, même très sucré, elles arrivent à résorber une grande quantité de sucre, d'où la diminution de la glycosurie.

Pollak a vu récemment qu'en injectant tous les jours à des lapins une dose d'adrénaline qui suffisait au début à les rendre glycosuriques, on ne constate bientôt chez eux qu'une forte hyperglycémie (jusqu'à 4 gr.), mais *sans glycosurie*. Ce fait peut s'expliquer aussi en admettant que les cellules se sont adaptées à résorber davantage de sucre. Il s'explique moins bien en supposant qu'un rein sain devienne en peu de jours. imperméable au glycose (4).

(1) Boulud et moi soutenons qu'il est actuellement impossible de déterminer d'une manière absolument exacte le chiffre du glycose du plasma, parce que, pendant la durée de la centrifugation, une certaine quantité (variable) de sucre est dégagée aux dépens du sucre virtuel.

(2) C'est le chiffre indiqué dans les publications les plus récentes, et notamment dans celle de M. le Professeur Grimbert sur la réaction de Cammidge. (*Presse Médicale*, 1910.)

(3) En quelle partie des tubes se fait de préférence la résorption du sucre? Est-ce au niveau des anses de Henle, là où se produit dans le diabète la lésion d'Armani-Strauss? Les recherches histologiques dont le rein a été le sujet, notamment les beaux travaux de M. Policard, ne nous renseignent pas sur ce point.

(4) Je reconnais toutefois que, comme l'admet M. Pollak, l'adrénaline peut diminuer, à la rigueur, la perméabilité rénale. Aussi, mes observations sur le chien dépancréaté ont une toute autre valeur probante en faveur de la résorption du sucre.

La résorption du sucre explique encore d'une manière satisfaisante l'hyperglycémie progressive des diabétiques, ainsi que je le montrerai dans un prochain travail, tandis que le défaut de sa résorption, par suite de la diminution de l'activité fonctionnelle des cellules rend peut-être compte de certaines glycosuries sans hyperglycémie (1).

La ration d'entretien des obèses

MM. Labbé et Boivin ont étudié la ration d'entretien minima chez quelques obèses. en équilibre de poids, et ont constaté que celle-ci varie de 27,5 à 37 calories par kilogramme de poids corporel idéal (poids que devrait peser l'individu. étant donnée sa taille. s'il avait une corpulence normale).

Cette ration est identique à celle qui suffit à des sujets sains, dans les mêmes conditions d'existence sédentaire.

(*Soc. de Biol.*).

Absorption et activation de la toxine diphtérique par la substance nerveuse et ses lipoïdes phosphorées par MM. Guy-Laroche et A. Grigaut.

Le cerveau d'homme ou de cobaye, mis en contact avec la toxine diphtérique pure ou diluée, la fixe énergiquement. Parmi les constituants chimiques du cerveau, les lipoïdes phosphorés seuls (lécithine, céphaline, cérébron) possèdent la propriété d'absorber la toxine diphtérique. Au contraire, les lipoïdes non phosphorés du cerveau (cholestérine, cérébrosides) se montrent absolument dépourvus de cette propriété.

De plus, la toxine diphtérique, absorbée par la substance nerveuse ou ses lipoïdes phosphorés, se montre plus active que la toxine libre et tue le cobaye plus rapidement, et après une période d'incubation plus courte. Elle se trouve, de ce fait, à la fois fixée et activée par la substance nerveuse.

(*Soc. de Biol.*).

CARNET DU PRATICIEN

Gangrène pulmonaire

Soutenir les forces du malade : lait, œufs, viande crue, quinquina, faibles doses de cognac. La chambre sera spacieuse et bien aérée.

La désinfection du foyer pulmonaire est difficile à réaliser : on pratiquera dans la chambre des vaporisations : une cuillerée à soupe d'un des mélanges suivants dans une casserole d'eau de 1 litre à faire bouillir en permanence dans la chambre :

Teinture d'eucalyptus.......	10	grammes
Acide phénique.............	10	—
Essence de térébenthine....	100	—

Usage externe.

Goménol.................	10	grammes
Thymol...................	5	—
Teinture d'eucalyptus......	100	—

Usage externe.

Créosote.................	20	grammes
Essence de térébenthine....	100	—

Usage externe.

A l'intérieur on prescrira :

Hyposulfite de soude.......	4	grammes
Eau distillée...............	100	—
Teinture d'eucalyptus......	2	—
Teinture de cannelle.......	10	—
Sirop de gomme...........	50	—

Par cuillerées à soupe dans les 24 heures.

Dans le cas où l'urine est très albumineuse. sans être sucrée, ce qui est la règle, on ne comprend pas bien pourquoi la molécule du sucre. beaucoup moins grosse que celle de l'albumine, ne passe pas à travers l'endothélium glomérulaire. L'hypothèse de la résorption du sucre dans les tubes résout cette difficulté.

(1) Lépine et Boulud. Glycosurie (sans hyperglycémie) consécutive à l'injection d'extraits d'organes. C.-R., 10 décembre 1906 et, e Lépine, Le diabète 1909. p. 260, et suivantes

On :

Chlorure de chaux.............	0 gr. 15
Ext. téb.....................	0 gr. 05

Pour 1 pilule : une le soir.

Ne pas insister sur cette médication qui risque d'amener des troubles digestifs.

Même observation pour la quinine : elle pourra être prescrite en lavements ou en injections sous-cutanées à l'effet de ménager les fonctions digestives et en vue de combattre les accès fébriles.

Les lavements créosotés sont utiles pour réduire l'expectoration et la fétidité de l'haleine.

Créosote de hêtre	20	grammes
Décoction bois de Panama à 5 p. 100..................	180	grammes
Laudanum de Sydenham	3	—

Une cuillerée à café dans un verre d'eau, à donner en lavements au coucher.

La *pneumotomie* donne de bons résultats dans la gangrène circonscrite; chez l'enfant la gangrène est le plus souvent multiple, l'opération offre moins de chances de succès.

La pleurésie gangréneuse nécessite l'intervention immédiate. C'est la seule manière d'empêcher la gangrène de s'étendre jusqu'au poumon.

Lancereaux

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 17.500 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 33, rue J.-J. Rousseau

Le Gérant : Docteur Lucien-Graux.

ÉCHOS

Syndicat médical de Paris.

Dans sa séance du 5 avril, le Conseil du Syndicat médical de Paris a procédé au renouvellement de son Bureau, ainsi constitué pour 1911 : Président, Dr de Pradel; vice-présidents : Drs Chassevant, d'Avrenx; secrétaire général. Dr Berruyer: secrétaire général adjoint : Dr Labady; trésorier. Dr de Speville; secrétaires des séances, Drs Acheray, Carel; rédacteur du Bulletin. Dr Chapon.

Chirurgien des hôpitaux.

Le jury est définitivement composé de MM. Routier, Jalaguier, Reynier, Sébileau, Hartmann. Launay et Rist.

Composition écrite : *Anatomie du voile du palais, sans l'histologie. — Anatomie pathologique et traitement des pseudarthroses.*

Cours d'Electrologie et de Radiologie.

M. le Dr Foveau de Courmelles commencera la dix-neuvième année de son cours libre d'électrologie à l'école pratique de la Faculté de médecine de Paris, le mercredi 26 avril 1911, à six heures du soir, et le continuera les mercredis à la même heure.

Il traitera, dans sa première leçon, de l'électrocoagulation et des diverses formes des courants de haute fréquence, puis il passera en revue l'électrophysiologie et l'électrothérapie, les rayons X en diagnostic et en thérapie, le radium, les rayons ultraviolets et les radiations nouvelles.

Chez les étudiants en médecine

A la suite de la suppression par le conseil de la Faculté de médecine de la publication des jurys d'examen, l'Association corporative des étudiants en médecine a voté l'ordre du jour suivant :

Le Comité de l'Association corporative des étudiants en médecine approuve le « principe » de la décision de la faculté, car il semble destiné à endiguer le favoritisme;

Espère que cette mesure comptera pour tous les étudiants et que la Faculté saura éviter les fuites;

Considère que cette mesure ne peut être salutaire que si elle est complétée immédiatement par l'élaboration d'un programme d'études précis qui sauvegardera les intérêts des étudiants, en évitant les questions parfois absurdes de certains professeurs.

Questionnaire à adresser aux Syndicats médicaux

Le Comité de Vigilance du Congrès des Praticiens, dans sa séance du 15 mars 1911, a décidé que le questionnaire suivant serait adressé aux Syndicats médicaux.

Nombre des médecins dans votre circonscription médicale.

Augmentation depuis 20 ans.
Diminution —

Population :

Augmentation depuis 20 ans.
Diminution —

Y a-t-il pléthore médicale dans votre circonscription syndicale?

Etes-vous partisan de la limitation?
Comment la réaliser?

Concours à l'entrée.
Examens au début.
Examens pendant les études.
Examens avant les études. Quels baccalauréats?
Observations personnelles.

REVUE D'ASSURANCES

NOTRE NOUVEAU SERVICE

Nous sommes heureux de faire part à nos lecteurs de la réalisation d'un projet qui leur prouvera une fois de plus notre désir de leur être agréable.

A partir de ce jour, notre nouveau service de *Détaxe des Contributions et d'Assurances* est mis gratuitement à leur entière disposition.

Nous nous sommes adjoints le concours d'une Commission de techniciens spécialistes de premier ordre qui les renseignera sur toutes les questions qui seront soumises à son examen.

Les attributions de notre nouveau service sont des plus étendues; voici la nomenclature des principales :

Contributions : Imposition foncière, contribution mobilière, cote personnelle, patentes, taxe de chevaux, voitures et automobiles.

Assurances : Incendie, accidents. responsabilité civile, vol, vie.

Nous publierons d'ailleurs dans nos prochains numéros quelques chroniques documentaires. (Voir ci-après notre chronique : *Taxe spéciale des Cercles des Villes d'Eaux*).

Les avis donnés par ces spécialistes sont *entièrement gratuits*

Adresser la correspondance à la *Gazette Médicale*, service des Detaxes. (Joindre une enveloppe affranchie pour la réponse.)

TAXE SPÉCIALE DES CERCLES DE VILLES D'EAUX

Le Conseil d'Etat vient de rendre un arrêt fort intéressant sur la taxe spéciale des Cercles de Villes d'Eaux.

Désormais, l'imposition des locaux occupés par les salles de jeux devra être assimilée à la taxe des Casinos et non plus à la taxe des Cercles.

Nous sommes à la disposition de MM. les Directeurs de Casinos et Etablissements thermaux pour leur fournir toutes les indications propres à leur faire obtenir le dégrèvement auquel ils ont droit du fait de cette décision.

REVUE FINANCIÈRE

L'attention du marché se porte sur les valeurs du cuivre qui sont en hausse à la suite du Rio-Tinto, Boléo, Great Cobar, Spassky, Corocoro, etc. Les banques sont meilleures, surtout l'Union Parisienne en plus-value sensible sur la déclaration d'un dividende de 50 francs au lieu de 45 francs. La Société Générale toujours très ferme va sans doute faire mieux prochainement.

Les Quebec-Railway toujours demandés et en bonne tenue. Les Motor Cab sont l'objet d'achats au comptant réguliers entre 65 francs et 66 francs.

Les valeurs mexicaines se ressentent des bonnes nouvelles de l'insurrection qui va se terminer.

La Bourse semble ne pas s'occuper du Maroc et paraît prête, avec la fin des vacances de Pâques, à faire un mouvement en avant.

A.-S. Weil.

Oil Trust of Galicia

Personne n'ignore, à l'heure actuelle, le rôle extrêmement important joué depuis quelque temps par le pétrole dans la civilisation moderne.

Dans le monde entier les applications de ce combustible se multiplient. Aux Etats-Unis, en Allemagne, en Russie, le pétrole actionne des milliers de locomotives. En Autriche-Hongrie, 30.000 ont été récemment transformées en vue de ce mode de chauffage. Presque toutes les marines du monde l'ont adopté, et cela se conçoit aisément si l'on considère les avantages énormes de ce nouveau genre de combustible : rendement supérieur en calories, économie d'espace et de main-d'œuvre, augmentation de durée de la vitesse, etc.

Les marines marchandes ne tarderont guère à suivre cet exemple, et l'on voit à quel nombre de milliers de tonnes il faudra porter la production pour satisfaire la consommation qui, dans ces dernières années, a déjà augmenté de plus de 300 0/0.

Or, il est incontestable que parmi les régions pétrolifères d'Europe, l'une des plus riches est celle de la Galicie autrichienne où se trouve situé le célèbre district de Tustanowice.

D'une récente interview donnée par M. John Léon, administrateur de l'*Oil Trust of Galicia*, à un rédacteur du *Financial News*. il ressort que « depuis des siècles les paysans de cette région creusaient dans le sol des puits peu profonds, d'où jaillissait le pétrole qui était recueilli dans des seaux et vendu comme matière lubrifiante ». Des procédés d'extraction plus modernes ont été employés pendant la dernière partie du siècle écoulé, mais sans grand succès. Puis, peu à peu, grâce à des perfectionnements incessants, on obtint des résultats admirables, et des fortunes s'édifièrent comme autrefois en Amérique et en Russie.

Le puissant trust américain Standard Oil Company, devant de tels résultats, tenta d'accaparer les gisements galiciens, mais le Gouvernement austro-hongrois s'y opposa nettement et n'hésita pas à dépenser des sommes énormes pour créer des réservoirs, des conduites, des moyens de transport, etc.

C'est alors qu'un puissant groupe financier londonien se mit d'accord avec le Gouvernement pour l'exploitation de certaines riches concessions pétrolifères du pays, et bientôt naissait la Société *Oil Trust of Galicia*.

Fondée au capital de £ 250.000 divisé en 250.000 actions de £ 1 chaque, la Compagnie porta bientôt ce capital à £ 500.000 par la création de 250.000 actions nouvelles de £ 1 (résolution du Conseil du 20 mars 1911), sur ce capital £ 325.000 seulement sont émises. La Société a pour but principal d'acquérir la totalité du capital-actions de la Vereinigte Petroleum Gesellschaft M. B. H., compagnie autrichienne possédant un groupe de six gisements, tous localisés au centre de la zone pétrolifère de Tustanowice; ces propriétés sont pourvues de toute la machinerie et de tout le matériel nécessaires, ainsi que de l'outillage et de maisons ouvrières.

Onze puits ont été forés, dont la plupart sont en production et la Compagnie vient d'entrer en possession de territoires dont les gisements sont suffisamment importants pour justifier le forage ultérieur de huit puits nouveaux.

Notons que parmi les puits forés figure le célèbre puits Joseph Waterkeyn qui, à lui seul, produit environ 600 tonnes d'huile par jour, production qui correspond à une valeur quotidienne de 20.000 francs environ.

Cette importante production a d'ailleurs son écoulement déjà assuré. la totalité étant vendue par l'intermédiaire de l'Union des Producteurs de Pétrole brut, et le Gouvernement s'étant engagé. en outre, à acheter 900.000 tonnes de pétrole destinées à servir de combustible aux locomotives des chemins de fer de l'Etat, ceci indépendamment du contrat d'un million et demi de tonnes passé antérieurement entre le Gouvernement et l'Union des producteurs et destiné au réseau des chemins de fer galiciens.

Il importe de bien se rendre compte que la Société n'a pas eu à passer par la période de tâtonnement généralement inévitable, et a trouvé dès l'origine une clientèle toute faite, comme nous venons de le constater. Les résultats ont été immédiats. En mars 1911, les expéditions se sont élevées à 24.000 tonnes; il convient d'ajouter à ce chiffre, pour se faire une idée exacte de la puissante production des puits en exploitation, le pétrole restant au 31 mars dans les réservoirs des différentes propriétés.

Le bénéfice net laissé par les 24.000 tonnes expédiées en mars est au minimum de £ 1 par tonne, soit £ 24.000 ou 600.000 francs pour un seul mois d'exploitation.

En se basant sur ces chiffres, qui donnent une moyenne approximative de 900 tonnes par jour et en ne considérant que 300 jours de travail, le bénéfice annuel s'établit à peu près comme suit :

Production annuelle	270.000 tonnes
Moins 20 0/0, redevances payables en nature	54.000 »
	216.000 tonnes.

Le prix actuel de vente du pétrole brut en Galicie est de 34 couronnes, soit 28 sh. ou 35 francs par tonne :

216.000 tonnes à 28 sh.	£ 302.400 (7.560.000 fr.)
Moins frais d'exploitation, d'administ., etc.	£ 32.400 (810.000 fr.)
	£ 270.000 (6.750.000 fr.)

soit 6.750.000 francs égal à plus de 80 0/0 du capital-actions émis de £ 325.000 (8.125.000 francs).

Peu d'affaires, vous en conviendrez, peuvent présenter des chiffres aussi éloquents. Aussi, cette entreprise n'a-t-elle pas laissé indifférents les capitalistes anglais : l'émission ouverte à Londres le lundi 13 mars 1911 et close le mardi 14 mars a été couverte *six fois*.

En résumé, nous nous trouvons en présence d'une affaire exceptionnelle, exempte des aléas inhérents aux affaires nouvelles, et qui sera très rapidement en mesure de rémunérer son capital dans des proportions fort intéressantes. D'après les calculs les moins optimistes, on peut, sur la base de la production actuellement acquise, estimer la répartition annuelle à 25 0/0 du capital, et il resterait encore disponible un fort excédent qui pourrait être employé à l'approfondissement des puits ou à des travaux de développement.

Aussi l'enthousiasme anglais nous semble-t-il tout à fait justifié, et l'on comprend la faveur avec laquelle la Bourse de Paris accueille les actions Oil Trust of Galicia, qui y ont été introduites le 25 courant. Les cours actuellement pratiqués établissent la parité avec le marché de Londres où le titre se négocie à plus de £ 2 1/2.

82e Année (Série XIIIe) — N° 92 | Le Numéro : 25 Centimes | Mercredi 3 Mai 1911

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

Abonnements et Vente au Numéro
Librairie Médicale J. ROUSSET
1, Rue Casimir-Delavigne
PARIS

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale......... 15 fr.
Edition Espagnole .... 10 fr.
Edition Portugaise.... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

DIRECTION & RÉDACTION
11 bis, Rue Villebois-Mareuil, PARIS
DIRECTEUR :
Dr LUCIEN GRAUX
Lauréat de l'Institut
Ancienne *Gazette de Santé*
(139e Année)
Hors concours, Membre du Jury
Exposition franco-britannique 1908
Vice-Prés. Expos. Bruxelles Cl. 16

ÉCHOS

Nos amis

Nous avons appris avec le plus grand plaisir la nomination de notre éminent collaborateur, le Dr Feuvrier Laforest, comme conseiller général de la Dordogne.

Augmentation du nombre des médecins militaires.

La Chambre des députés, dans sa séance du 6 avril 1911, a voté sans discussion la loi suivante :

Article unique. — Le tableau arrêté par la loi du 15 avril 1904 et portant fixation du cadre des médecins militaires est remplacé par le suivant :

Médecins inspecteurs généraux	5
Médecins inspecteurs	20
Médecins principaux de première classe	50
Médecins principaux de deuxième classe	95
Médecins-majors de première classe	370
Médecins-majors de deuxième classe	580
Médecins aides-majors de première et de deuxième classe (y compris les élèves de l'école du service de santé militaire)	590
Total	1.710

Les cadres du service de santé se trouvent donc augmentés de 235 médecins.

Il y aura lieu, cette année, de prévoir, en dehors des vacances ordinaires, les promotions suivantes :

Médecins inspecteurs généraux	2
Médecins inspecteurs	8
Médecins principaux de première classe	16
Médecins principaux de deuxième classe	51
Médecins-majors de première classe	81
Médecins-majors de deuxième classe	151

L'augmentation des médecins aides-majors se fera en admettant un plus grand nombre d'élèves à l'école du service de santé militaire.

Au Conseil Municipal.

Par délibération du 12 avril, le Conseil municipal de Paris a alloué une subvention de 10.000 francs au professeur Chantemesse pour l'achat d'appareils de laboratoire et l'installation d'une consultation externe des maladies des voies digestives, à l'Hôtel-Dieu.

— A la même date, M. le docteur Guibert a fait voter une subvention de 500 francs, au titre de Société d'enseignement, à la Chambre syndicale des instruments et appareils de l'art médical et chirurgical.

Association générale des médecins de France. — *Assemblée générale supplémentaire de la Société centrale.*

La nouvelle Commission administrative s'est réunie les 16 mars et 6 avril, et a prononcé l'admission des candidats ajournés par l'ancienne Commission.

Le 9 avril a eu lieu l'Assemblée générale supplémentaire présidée par M. Barbarin, doyen d'âge de la nouvelle Commission.

L'Assemblée a procédé à l'élection d'un président, d'un vice-président, d'un vice-secrétaire et de 19 commissaires, en remplacement des démissionnaires.

Nombre des sociétaires : 889. — Présents à l'Assemblée : 187. — N'ont pas pris part au vote : 19. — Votants : 170. — Bulletins blancs : 17.

Ont été élus : Président : M. Butte, 152 ; vice-président : M. Fiquet, 151 ; vice-secrétaire : M. Angelvin, 151 ; commissaires : MM. Decoche, 151 ; Dutar, 151 ; Léon Fournier (d'Asnières), 151 ; G. Hiard (de Neuilly-sur-Seine), 151 ; Donatien Labbé, 151 ; Leconte, 151 ; Pélaprat, 151 ; Peyré, 151 ; Renouard, 151 ; Gaston Richard d'Aulnay, 151 ; Saltas, 151 ; Ventuejol, 151 ; Biard, 150 ; Paul Lutaud, 150 ; Louis Régis, 150 ; Bilhaut père, 149 ; Foveau de Courmelles, 149 ; Mouton, 149, et Etienne Pâquet, 141.

Belgique et Hollande médicales.

Une étude très documentée sur la Belgique et la Hollande médicales, ainsi que sur Luxembourg et Strasbourg, par le Dr Ghislain Houzel, de Paris, paraît depuis janvier dans le journal *L'Enseignement médico-mutuel International et le Perfectionnement scientifique.*

Tous ceux qui s'intéressent aux questions hospitalières, sanitaires, à l'enseignement professionnel, aux œuvres d'assistance et de prophylaxie, doivent lire ce travail écrit dans un style agréable et facile ; des aperçus sociaux, des folklores, de nombreuses illustrations le complètent heureusement.

Les aliénés en liberté.

M. le docteur Roger Mignot indique, d'après Ritti le nombre des aliénés en liberté, constatés en 1910.

Ces aliénés (et cette statistique est très incomplète) sont au nombre de 63.

Ces 63 malades ont tué 44 personnes, 24 ont été blessées grièvement ; 18 personnes se sont suicidées ; au total 86 victimes.

Un seul de ces aliénés a fait 4 victimes, un autre 6, dont 2 tuées et 4 grièvement blessées.

La Sécurité Médicale (Société d'Assurances Mutuelles entre Médecins, Dentistes, Pharmaciens et Sages-Femmes contre les accidents corporels de toute nature, contre les maladies et contre la responsabilité professionnelle).

Cette Mutuelle fondée par le docteur Aschkinasi est dirigée par un Conseil d'administration composé de médecins, de dentistes et de pharmaciens. Elle garantit à chacun de ses adhérents, moyennant une cotisation variable, suivant les avantages choisis : 1° Un capital en cas de mort consécutive à un accident ; 2° Un capital en cas de mutilation consécutive à un accident ; 3° Une indemnité quotidienne en cas de chômage par suite d'un accident ou d'une maladie ; 4° Une rente viagère en cas d'impotence complète consécutive à une maladie, et 5° Un capital couvrant la responsabilité professionnelle.

En outre, la Société a créé une « Caisse de secours » dans laquelle elle verse 5 0/0 de toutes ses recettes et qui est destinée à secourir ceux de ses adhérents qui viendraient d'être victimes d'une infortune, ou à subventionner les œuvres de bienfaisance ou de défense professionnelle concernant les médecins, les dentistes, les pharmaciens et les sages-femmes. Sur l'excédent des recettes, 25 0/0 sont répartis annuellement entre les sociétaires au prorata de leur cotisation.

Pour tous renseignements, s'adresser au docteur Aschkinasi, 21, rue Auber, à Paris.

Conférences cliniques.

Le docteur Babinski, médecin de l'hôpital de la Pitié, reprendra ses conférences cliniques sur les maladies du système nerveux samedi 29 avril 1911, à dix heures et demie du matin et les continuera les samedis suivants à la même heure.

Congrès français d'oto-rhino-laryngologie.

Le Congrès français d'oto-rhino-laryngologie (séance annuelle de la Société française d'oto-rhino-laryngologie) se tiendra à Paris, hôtel des Sociétés Savantes, 8, rue Danton, les 8, 9, 10 et 11 mai 1911.

Président sortant, M. Mahu ; président annuel, M. Escat ; vice-président, M. Gellé fils ; trésorier, M. Henri Collin ; secrétaire général, M. Depierris.

Questions à l'ordre du jour : *Complications de l'adénotomie* : rapporteurs, MM. Kaufmann et Grossard. *Complications post-opératoires de la sinusite frontale* ; rapporteurs, MM. Sieur et Rouvillois. —

UN NOUVEAU MODÈLE
DE

Sonde urétérale opaque

Par le Docteur François FOURNIER

Ancien assistant de la clinique des maladies des voies urinaires de Montpellier, Médecin spécialiste à Toulon pour les maladies des reins et des voies urinaires

« Ce devrait être une règle de conduite dans tous les cas d'irritabilité vésicale sans cause apparente ou de rétention habituelle chez un adulte, les rétrécissements éliminés et la paralysie d'origine médullaire également éliminée », a écrit Fenwick, « de faire la cystoscopie de la radiographie ».

Notre maître, M. Jeanbrau, dans son lumineux et si important rapport présenté au Congrès d'Urologie de 1909 sur les calculs de l'uretère, donne également ce conseil : « En dehors des cas où l'on soupçonne un calcul, la radiographie doit être pratiquée chez tous les pyuriques, après avoir éliminé la tuberculose par l'inoculation systématique des urines. »

M. Jeanbrau a de plus posé en principe dans son rapport, sans soulever aucune contradiction, qu'il fallait *radiographier l'appareil urinaire en totalité.*

Mais quand le cliché porte une tache sur le trajet présumé de l'uretère, l'interprétation est toujours délicate. Plusieurs interventions ont été faites chez des malades qui n'avaient pas de calcul dans l'uretère et dont le cliché montrait une ombre dans sa région. Chaque jour, la liste des causes qui peuvent donner lieu à des erreurs d'interprétation s'allonge par la découverte de faits nouveaux. En 1909, M. Jeanbrau donnait la classification suivante des causes d'erreurs dans l'interprétation des clichés : A. *Contenu intestinal :* entérolithes et calculs appendiculaires; scybales; corps étrangers de l'intestin; bismuth : B. *Infiltrations calcaires :* appendices épiploïques calcifiés, ossification de cartilages costaux, plaques calcaires dans des artères athéromateuses, phlébolithes, ganglions calcifiés, infiltration calcaire de cicatrices, granulations calcaires intra-vésicales, dépôts calcaires dans les vésicules séminales; C. *Taches du cliché :* marques de doigts, taches de sueur, taches de développement, défauts de la plaques (1).

Pour éviter ces erreurs à coup sûr, il faut, comme l'ont dit MM. Pasteau et Jeanbran, comme le font MM. Albarran et Ertzbitchoff, Rafin, radiographier le malade après lui avoir garni l'uretère avec une sonde à mandrin métallique.

Mais ce mode de procéder n'est pas exempt d'inconvénients. Il est évident qu'il est préférable d'utiliser une sonde urétérale opaque aux rayons X, de façon à permettre de faire du même coup un lavage si c'est nécessaire et à laisser écouler l'urine et le pus, si l'uretère n'est pas obstrué complètement.

Les sondes qu'on a fabriquées jusqu'ici sont trop peu résistantes aux rayons X. C'est pourquoi j'ai, après quelques recherches, fait fabriquer un modèle nouveau de sonde urétérale opaque par M. Eynard. Elle est en tissu de soie recouvert de gomme; dans le tissu on a incorporé de la limaille de métal, comme on peut s'en rendre compte en sectionnant l'extrémité avec un canif. Cette sonde se fait en plusieurs calibres : n°s 4 à 9. Sa lumière est aussi grande que celle des sondes ordinaires de même calibre. Comme le montre la radiographie ci-contre, elle est très opaque.

Je dois en terminant exprimer ma gratitude à MM. les docteurs Aubourg, de Paris, et Barrois, de Toulon, ainsi qu'à M. Eynard qui ont bien voulu me prêter leur aide obligeante.



Fig. 1.

Cliché sur bois d'après épreuve obtenue par M. le Dr Aubourg avec les sondes urétérales du Docteur François Fournier
(Fabrication Eynard)

A gauche : Sonde urétérale jusqu'à la crête iliaque (rein abaissé);
A droite : Sonde urétérale jusqu'à la deuxième vertèbre lombaire.

(1) *Annales des maladies des organes urinaires*, janvier 1910, p. 132.

REVUE DE BIOLOGIE

Réaction à la phénolphtaléine et fonction martiale du foie, par M. H. Triboulet (*Soc. de Biol.*).

Chez un grand nombre d'athrepsiques, les coupes histologiques du foie révèlent la présence du *fer minéral* (Ribadean-Dumas). Chez ces sujets, pendant la vie, les selles acholiques pigmentaires, provenant d'un régime connu, sans action sur la phénolphtaléine, donnent, avec celle-ci, une réaction rosée fugace, de même, d'ailleurs, que les selles d'ictère par rétention.

En dehors de l'hématoporphyrine, pigment sans fer, trouvé dans le méconium et dans certains flux biliaires de type méconial, l'auteur se demande si, pour les acholies pigmentaires, on ne pourrait soupçonner dans les selles la présence de *fer organique*, provenant d'un trouble de la fonction martiale du foie, physiologiquement établie par Dastre.

(*Soc. de Biol.*)

Infidélité de la réaction de fluorescence dans la recherche de l'urobiline.

MM. Mongour et Chevrier ont constaté à plusieurs reprises :

1° Que dans certaines urines fraîchement émises qui, traitées par le réactif Denigès et examinées au spectroscope, présentaient nettement la bande d'absorption caractéristique de l'urobiline, il était impossible de faire apparaître la fluorescence en suivant la méthode de Grimbert;

2° Que, inversement, des urines dans lesquelles on constatait une fluorescence très manifeste ne présentaient pas la bande d'absorption de l'urobiline.

Sans discuter, pour le moment, les causes des variations dans l'intensité de la fluorescence obtenue par le procédé Grimbert, ils tiennent simplement à établir :

Que l'apparition de cette fluorescence ne leur paraît pas suffisante pour affirmer la présence de l'urobiline;

Que, en clinique, on devra conclure à la présence d'urobiline seulement dans les cas où l'urine fraîche, traitée directement par le réactif Denigès et examinée au spectroscope, aura présenté la bande d'absorption caractéristique.

(*Réun. biol. de Bordeaux*).

L'Aliénation mentale cause de Divorce

Dans son numéro du 1[er] mars 1911, la *Gazette médicale de Paris* a publié, sous ce titre, un article fort important de M. Maurice Viollette, député, auteur d'une proposition de loi sur l'aliénation et le divorce.

La *Gazette médicale de Paris*, ajoutait, à cette occasion, qu'en raison de l'importance de cette question, elle priait ses lecteurs de lui envoyer leurs réflexions et observations. Les réponses nous sont arrivées nombreuses, émanant de médecins et de juristes éminents.

La *Gazette médicale de Paris* en commence aujourd'hui la publication. Ainsi, toutes les opinions pourront se manifester et le législateur pourra y puiser des indications précieuses lors de la discussion de la loi.

Nous publierons anjourd'hui par ordre chronologique, la proposition de loi de M. Maurice Colin, député, professeur à la Faculté de Droit d'Alger; puis les réponses de MM. Guillouart, professeur de droit civil à Faculté de Droit de Caen; Lucas, professeur de droit civil à la Faculté de Dijon; Escarra, professeur de droit civil à la Faculté de Rennes; Wahl, médecin en chef de l'Asile d'aliénés de Pontorson; Ambroise Colin, professeur de droit civil à la Faculté de Droit de Paris; H. Jacquin, médecin en chef de l'Asile de Ste-Madeleine (Bourg); Dr Ollivier, directeur de la maison de Santé de St-Jean-de-Dieu, à Lehon, près Dinan.

Nous tenons gracieusement à la disposition de ceux qui voudront bien en faire la demande le texte de l'article de M. Maurice Viollette, paru dans notre numéro du 1[er] mars 1911, et la communication de MM. Fillassier et Juquelier, à la Société Médico-Psychologique; toutefois en raison des nombreuses demandes qui nous ont été adressées, ces exemplaires s'épuisent, et nous prions nos amis de se hâter.

I

PROPOSITION DE LOI

Tendant à faire de l'aliénation mentale une cause de divorce

Présentée par M. Maurice COLIN, député (1)

EXPOSÉ DES MOTIFS

Messieurs,

Depuis que la loi du 27 juillet 1884 a rétabli le divorce en France, le législateur s'est, à plusieurs reprises, préoccupé d'améliorer les règles relatives soit à la procédure, soit aux effets du divorce; jamais encore, il n'a cru devoir toucher aux règles qu'on peut considérer comme fondamentales et essentielles en la matière; je veux parler des règles qui précisent les causes susceptibles d'entraîner légalement la rupture du lien conjugal.

Et cependant les protestations soulevées sans cesse dans la presse et l'opinion, par ce qu'il y a peut-être de trop étroit dans le cadre inflexible que le législateur a cru devoir tracer, semblent bien démontrer que, sur ce point, l'œuvre législative de 1884 réclamait d'utiles retouches. Certes, il ne saurait être question d'aller aussi loin que certaines législations de la libre Amérique, qui, comme les législations du Maine, du Connecticut ou de l'Illinois, autorisent les tribunaux à prononcer le divorce pour toute cause leur paraissant de nature à justifier la rupture du lien conjugal. Mais aujourd'hui, qu'une expérience bientôt trentenaire ne saurait plus autoriser à prétendre que le divorce est vraiment de nature à détruire la famille et à compromettre l'ordre social, il serait à souhaiter que, par une réforme d'ensemble, le législateur reprenne l'œuvre élaborée en 1884 et ne craigne pas d'élargir le cadre tracé à cette époque, puisque, sans que l'intérêt social l'exige, ce cadre exclut encore trop de cas où le lien conjugal ne peut plus être considéré par ceux qui le doivent subir que comme une insupportable chaîne.

De tous ces cas, il n'en est pas peut-être de plus intéressant et de moins discutable que celui de l'époux retenu par la loi dans les liens d'un mariage qui l'unit à un être dont la raison a définitivement sombré dans la folie ou la démence. Alors qu'aucune intimité n'est plus possible, alors que toute cohabitation est devenue intolérable ou même dangereuse, la loi inflexible ne craint pas de maintenir indéfiniment un lien légal là où tout lien de fait est manifestement rompu, là où même il n'y a plus chance qu'il se puisse jamais renouer.

Dans un pays où, comme en France, le divorce est définitivement entré dans les mœurs, il y a là, on peut le dire, un véritable scandale qu'il importerait de faire cesser au plus tôt, car on se demande vraiment au nom de quel intérêt social le législateur peut obliger un époux à rester indéfiniment solitaire à son foyer déserté.

Trop de législations ont, sur ce point, devancé la nôtre pour que l'hésitation reste permise.

Sans doute, il conviendrait de ne pas se montrer trop facile dans l'admission des preuves requises pour établir l'aliénation mentale susceptible d'être invoquée comme une cause de divorce. Mais en décidant par exemple que la collocation dans un établissement public ou privé d'aliénés devrait nécessairement précéder toute instance en divorce fondée sur la folie, ne pourrait-on écarter, par avance, les incertitudes, les inconvénients et les difficultés que serait de nature à soulever une instance de ce genre, s'il était possible de l'introduire *de plano*. N'est-il pas en effet d'évidence qu'on ne pourrait estimer insuffisamment établie au point de vue du divorce une aliénation mentale jugée suffisante pour permettre de priver l'aliéné de sa liberté? Inversement, n'est-il point légitime de présumer insuffisamment établie, au point de vue du divorce, toute aliénation mentale pour laquelle les intéressés n'auraient pas cru devoir recourir à la collocation de l'aliéné? Avec un pareil système, les garanties qui président à la collocation deviennent autant de barrières capables d'arrêter toute demande en divorce pour cause d'aliénation mentale dont le but et l'objet ne seraient que chantage et scandale. D'autre part, quoi de plus naturel que d'attribuer à la collocation qui brise le lien de fait, l'effet de briser le lien de droit, au moins lorsqu'elle se serait prolongée pendant un certain temps?

Toutes les législations qui rangent l'aliénation mentale au nombre des causes de divorce ont estimé qu'un laps de trois années constituait un temps d'épreuve suffisant pour le conjoint de l'aliéné, sans d'ailleurs restreindre dans des limites trop étroites le champ ouvert aux observations des hommes de science appelés à diagnostiquer l'évolution de la maladie mentale invoquée comme cause de rupture du lien conjugal. C'est notamment le cas du Code civil allemand de 1900, de la législation suédoise et de la loi fédérale suisse du 24 décembre 1874. Dès que l'aliénation mentale dure depuis trois années au moins, ces diverses législations permettent de l'invoquer comme cause de divorce, à seule charge par le demandeur d'établir qu'elle est incurable.

En décidant que, maintenue depuis trois ans au moins, la collocation dans un établissement public ou privé d'aliénés autorise le conjoint de l'aliéné à demander le divorce, si d'ailleurs il peut établir l'incurabilité de l'aliénation mentale qu'il invoque, la réforme proposée ne ferait donc qu'introduire notre législation dans une voie depuis longtemps ouverte et suivie.

Resterait à compléter la réforme par certaines dispositions relatives aux biens, dispositions qui seraient de nature à mettre les règles par lesquelles le Code civil précise les conséquences pécuniaires du divorce, en harmonie avec la nature particulière de la nouvelle cause de rupture du lien conjugal.

C'est ainsi qu'il importerait d'éviter que le divorce prononcé pour aliénation mentale puisse être pour l'aliéné ou son conjoint une source de profits ou une cause de désavantage. C'est ce qu'on obtiendrait en décidant par exemple que ce divorce serait toujours réputé prononcé aux torts réciproques des deux époux.

D'autre part, il conviendrait d'admettre une disposition que nous trouvons écrite dans l'article 1583 du Code civil allemand. Aux termes de ce texte, le mariage dissous pour cause d'aliénation mentale de l'un des époux laisse à la charge de l'autre les obligations alimentaires et d'entretien qui pèsent sur l'époux contre lequel le divorce a été prononcé pour tout autre cause. Destinée à éviter qu'une demande en divorce pour cause d'aliénation mentale n'ait d'autre mobile que de soustraire le conjoint de l'aliéné à l'obligation de pourvoir aux besoins de celui-ci, cette disposition est trop hautement morale pour qu'il n'y ait pas lien de l'introduire dans notre législation en même temps que l'aliénation mentale y deviendrait une cause de divorce.

Ainsi réalisée et comprise, la réforme proposée ne soulève vraiment aucune objection sérieuse. Elle réalise un progrès désirable. C'en est assez pour que nous demandions à la Chambre de la voter.

En conséquence, nous lui soumettons la proposition suivante :

PROPOSITION DE LOI

Article unique. — L'article 233 du Code civil est rétabli en ces termes :

« *Art.* 233. — Quand, depuis trois ans au moins l'un des époux aura dû être colloqué et maintenu dans un asile public ou privé d'aliénés, l'autre époux pourra demander le divorce pour cause d'aliénation mentale, sauf à établir que celle-ci est incurable. »

L'article 301 du Code civil est complété par un deuxième alinéa ainsi conçu :

« En cas de divorce pour cause d'aliénation mentale, le divorce sera toujours réputé prononcé aux torts réciproques des deux époux. Toutefois, au point de vue alimentaire, le conjoint qui a demandé et obtenu le divorce, sera soumis aux obligations dont il serait tenu si le divorce avait été prononcé contre lui pour une des causes visées par les articles 229 à 232 du Code civil. »

II

Nous avons reçu de M. Guillouart, professeur de droit civil à la Faculté de Droit de Caen et correspondant de l'Institut, l'étude suivante :

Caen, le 27 mars 1911.

Monsieur le Directeur,

Vous m'avez fait l'honneur de me demander mon avis sur le projet de M. Viollette.

Je vous l'envoie ci-contre, et vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de mes sentiments distingués.

L. GUILLOUART.

L'ALIÉNATION MENTALE CAUSE DE DIVORCE

Je dois déclarer, au début de ces observations, que je suis hostile au divorce, non seulement parce qu'il est condamné par la religion catholique à laquelle j'appartiens, mais parce que je le considère comme un danger au point de vue social, comme un élément de désorganisation de la famille : « Le divorce produit fatalement l'abus « du divorce, et l'abus du divorce compromet « l'existence même de la famille », écrivait M. Glasson, en 1880. Depuis 1884, le nombre toujours croissant des divorces justifie les craintes

(1) Annexe au procès-verbal de la séance de la Chambre des Députés du 17 novembre 1910.

de M. Glasson et explique l'hostilité de certains esprits, dont je suis, contre une institution aussi périlleuse.

Je devais indiquer cet état d'âme, car, pour les partisans du divorce, il est de nature à amoindrir la valeur des observations que je vais présenter.

Ceci dit, je crois qu'il serait « contraire aux « principes généraux de notre droit » d'admettre l'aliénation mentale comme cause de divorce : je prends la formule de M. Viollette, parce qu'elle est excellente, et que pour examiner cette grave question, ce n'est pas au point de vue du sentiment, mais uniquement au point de vue des principes généraux du droit qu'il convient de se placer.

A ce point de vue, le divorce, comme la séparation, ne peut être demandé par l'un des époux qu'à raison de la faute commise par son conjoint, au moins dans les législations qui, comme la nôtre, excluent le divorce par consentement mutuel et par incompatibilité d'humeur : l'adultère, les excès, sévices ou injures graves, la condamnation à une peine afflictive et infamante, c'est-à-dire une faute grave, une offense si injurieuse que la vie commune paraît impossible. L'époux contre lequel le divorce est prononcé ne peut se plaindre, il subit la peine de la faute qu'il a commise : *recepit mercedem*.

Or, l'aliénation mentale n'est pas une faute, c'est un malheur : si elle a quelquefois son origine dans les excès de la vie du dément, dans l'alcoolisme par exemple, souvent elle ne sera que la conséquence de la loi fatale de l'hérédité. Dans tous les cas, le malheureux qui en est atteint n'est pas un coupable, c'est un malade, et il est contraire aux principes généraux du droit de prononcer contre lui le divorce, alors que son conjoint ne peut lui reprocher aucune faute.

Tel est, à mon sens, le défaut capital de la thèse présentée d'une façon si séduisante par M. Viollette : il ne s'agit pas de savoir si la personnalité intellectuelle et morale du dément est amoindrie ou même annihilée, il s'agit de savoir s'il a commis une faute qui se dresse entre lui et son conjoint innocent, et qui permette à celui-ci de demander le secours de la justice pour faire cesser une vie commune que cette faute a rendue intolérable.

La question s'est présentée au moyen âge, dans une hypothèse analogue, et la solution de nos anciens jurisconsultes fut celle que je défends. On sait quels ravages la lèpre causa au moyen âge en Europe, la frayeur qu'elle inspirait aux populations, les mesures rigoureuses qui furent prises contre les lépreux ou « méseaux », la diminution de leur capacité civile dans certaines coutumes, et, partout, leur séparation d'avec le monde, leur internement dans une léproserie ou maladrerie au seuil de laquelle ils durent laisser toute espérance de revoir les leurs. Certes, on peut appliquer à cette condition du lépreux ce que dit M. Viollette de l'aliéné incurable, il est atteint d'une mort morale qui rejette « celui qui en est victime en dehors du milieu social. » Alors, se posa la question de savoir si le mariage du lépreux pouvait être dénoué à la demande de son conjoint, et nos anciens jurisconsultes répondirent avec fermeté qu'il ne le pouvait pas :

« ...Ne souffre la loy, dit Bouteiller, que s'il advenoit que l'homme ou la femme que marié seroit, quelle qu'elle fust, chust en mesellerie, pour ce n'est mie le mariage divorcé, ne doivent jamais se partir l'un de l'autre... » (*Somme rurale*, liv. II, tit. VIII, *Des mariages aux meseaux.*)

La situation de l'aliéné incurable est la même que celle du lépreux, il n'a pas commis de faute, son conjoint ne peut obtenir contre lui le divorce.

Mais, dit M. Viollette, jusqu'en 1854, notre Code a bien admis que la mort civile entraînait dissolution du mariage, non seulement en cas de condamnation perpétuelle de droit commun, mais même au cas de condamnation politique comme la déportation.

La réponse est facile : tant qu'il s'agissait de prison perpétuelle de droit commun, cet effet de la mort civile était la conséquence « de l'état de dégradations et d'infamie dans lequel le mort civilement était tombé », suivant les expressions de Demolombe, la peine, excessive peut-être, mais la peine de sa faute ; et, pour les condamnés politiques, il y avait là une mesure injustifiable, contre laquelle protestaient tous les esprits libéraux et qui établissait entre les condamnations de droit commun et les condamnations politiques ,une assimilation innacceptable.

Il n'y a donc aucun argument à tirer de la législation sur la mort civile.

M. Viollette fait, d'ailleurs, une concession qui nous paraît bien dangereuse pour la logique de son système. Après avoir fortement établi que l'aliénation mentale incurable doit être, selon lui, une cause de divorce, il ajoute :

« ...Il serait désastreux que l'affaiblissement de l'intelligence qui atteint certains vieillards, ce que les médecins appellent démence sénile, put devenir un cas de divorce. C'est un accident dont aucune constitution ne peut se flatter d'être indemne, et elle rentre bien aussi, au même titre que la maladie, dans le risque conjugal. »

Certes, je comprends très bien la répugnance de M. Viollette à admettre que la démence sénile soit une cause de divorce : mais, si la science médicale reconnaît qu'elle est incurable, il me paraît impossible de justifier cette distinction entre les diverses causes de la démence. Du moment où elle est absolue et incurable, elle rentre dans la définition qu'en donne M. Viollette : c'est « la disparition sans retour possible de la personnalité intellectuelle et morale », et, si cette disparition engendre un droit au profit du conjoint de l'aliéné, elle l'engendre dans tous les cas, quelle que soit la cause de la démence, quelle que soit la période de la vie où elle se produit.

En résumé, le projet de M. Viollette, si habilement qu'il soit présenté par son auteur, soulève deux objections des plus graves, à mon avis.

En premier lieu, il est contraire aux principes généraux de notre droit actuel, qui n'admet le divorce qu'à raison de la faute de l'un des époux, tandis que le projet de M. Viollette l'admet contre l'aliéné qui, lui, n'a commis aucune faute.

En second lieu, en élargissant ainsi les causes du divorce, en attribuant au législateur le pouvoir de mesurer, suivant les expressions suggestives de M. Viollette, le « risque conjugal » que l'époux a entendu courir quand il s'est marié, ce projet porte une nouvelle et grave atteinte à la solidité du lien conjugal, il nous ramène à la conception, de la loi sur le divorce du 20 septembre 1792, à laquelle, d'ailleurs, il est emprunté ; seulement, la loi de 1792 y mettait moins de forme, elle n'exigeait ni que l'aliénation mentale fût incurable, ni qu'elle eût duré trois ans : « Chacun des époux, dit l'article 3 du titre I, peut « faire prononcer le divorce pour démence, folie ou fureur de l'un des époux. »

Une fois ce principe admis, que le législateur a le pouvoir de mesurer « le risque conjugal » auquel les époux entendaient s'exposer, en se mariant, les deux autres causes de divorce admises par la loi de 1792, le divorce par consentement mutuel et le divorce par incompatibilité d'humeur trouveront facilement leur place dans la législation de l'avenir. Les époux diront, avec quelque apparence de raison qu'ils n'entendaient pas se marier pour être perpétuellement en querelle, qu'ils n'ont jamais voulu courir un pareil « risque », et que leur liberté réciproque doit leur être rendue, au moment où l'incompatibilité d'humeur sera prouvée on reconnue par le consentement mutuel des deux époux. Or, la France a déjà fait la triste expérience de cette législation, de 1792 à 1804, et deux chiffres vont suffire pour en montrer les résultats : dans les trois premiers mois de 1793, les divorces égalèrent à Paris le nombre des mariages, et, en l'an VI, ils le dépassèrent !

Non, le législateur n'a pas à mesurer le risque conjugal, car ce risque n'a pas de limites : les époux s'unissent pour le bonheur comme pour le malheur, pour la santé comme pour la maladie, et, si l'un d'eux devient malade d'une maladie même incurable, qui lui enlève l'intelligence, le devoir de son conjoint est de « l'assister », comme le proclame l'article 212, bien loin que cette maladie lui donne le droit de demander le divorce.

L. GUILLOUART,
Professeur de Droit civil
à l'Université de Caen
Correspondant de l'Institut.

III

Nous avons reçu de M. Lucas, professeur de droit civil à la Faculté de Droit de Dijon, l'étude ci-dessous :

Dijon, 28 mars 1911.

Monsieur,

Je m'empresse de vous remercier de m'avoir mis à même de prendre contact avec l'article de M. le député Maurice Violette, inséré dans le numéro de la *Gazette médicale de Paris*, que vous m'avez fait l'honneur de m'adresser. Cet article, je l'ai lu et relu avec le plus vif intérêt et je m'en suis pénétré ; mais, adversaire irréductible du divorce, cette polygamie successive, ainsi que le stigmatisait M. de Bonald en 1816 avec tant de vérité et de bonheur d'expression, et que, par cela même, je considère comme un fléau social, je ne saurais en adopter la conclusion. Pour moi, toute cause nouvelle ajoutée à celles que la loi autorise actuellement et que la complicité d'une jurisprudence libérale presque jusqu'à la licence développe avec un logisme regrettable, augmente les dangers d'une institution néfaste et dégradante à mes yeux. Si légitime qu'elle paraisse, elle en facilite et en favorise la propagation, et doit ainsi être écartée et rejetée sans merci ; il y a là, pour moi, un germe délétère, que le progrès sagement entendu devrait tendre plutôt à étouffer qu'à cultiver et à acclimater.

La loi qui, en 1884, a rétabli le divorce en France, n'a même pas pour elle le mérite d'être logique. Si, en effet, le mariage est un contrat rentrant dans le droit commun des conventions, n'est-il pas profondément irrationnel de ne pas admettre qu'il puisse se dissoudre par la volonté réciproque des intéressés, conformément au principe général de l'article 1134 du code civil ? Et, cependant, le législateur moderne n'a pas consacré cette règle, à l'inverse de ce qu'avait fait son prédécesseur de 1804, dont l'œuvre présentait, à ce point de vue, plus d'homogénéité. Que si, maintenant, l'union conjugale constitue, comme je le crois fermement, un contrat à part — et toute la question est là — pourquoi ne pas lui appliquer des prescriptions spéciales, compatibles avec sa nature propre, qui est d'être indissoluble, ainsi que le reconnaissent les meilleurs esprits, même partisans du divorce, et les moralistes les plus autorisés ?

D'autant que, si on en arrive — et la chose est probable — à restaurer le divorce par consentement mutuel, on se placera fatalement sur une pente qui, de proche en proche, de concession en concession, d'élargissement en élargissement, fera glisser, insensiblement peut-être, mais avec certitude, et avec plus de rapidité encore qu'on ne pense, à l'union libre. C'est là le péril, à mon humble avis.

Sans doute, la loi n'a pas à faire de sentiment. Mais comment s'en départir à propos de l'union conjugale, où le cœur devrait jouer le rôle

dominant et gouverner en maître? Car, si le mariage n'est plus qu'une question d'intérêt ou qu'une affaire de jouissance légitime, les préoccupations financières iront se substituant au sens affectif et ce sera le triomphe de la bestialité sur la raison!

D'autre part, si on accorde droit d'asile à la fidélité en faveur de la mémoire d'un défunt, pourquoi refuserait-on cette prérogative au souvenir aboli d'un aliéné? La distance est-elle si grande de l'ombre de la tombe à l'obscurité de la folie? Si les deux sommeils, si les deux absences participent de la même éternité, comment les dissocier dans la forme des regrets? Et, si l'on autorise les larmes à se répandre sur le premier, pourquoi refuserait-on à une pitié constante de s'étendre sur l'autre? Ne serait-il donc point aussi coupable d'écarter le deuil d'un cercueil que du naufrage de la raison? La catastrophe est de nature analogue et ses deux variétés doivent avoir un privilège égal sur une charité oublieuse de soi et sur une générosité compatissante d'autrui. Le délaissement du malade par son conjoint ne serait bien souvent qu'une façon d'égoïsme et se faire du malheur qui le frappe un titre à la reconquête de sa liberté personnelle et un droit à l'abandon, ne constitueraient que des vilenies, d'où le devoir et la conscience se trouveraient bannis.

Au demeurant, si l'union de deux êtres doit entraîner, par la fusion de ce qu'il y a en eux de plus intime, le partage sans compter de leurs joies communes et de leurs communes infortunes, sous peine de déséquilibrer leur foyer et d'en briser l'harmonie, à qui pourrait-on persuader que l'altération, chez l'un des conjoints, de ses facultés intellectuelles, doit être pour l'autre le signal de la désertion plutôt qu'une occasion de dévouement, d'abnégation, de sacrifice, de soulagement et de consolation? Et quoi! Une loi impie permettrait à un époux sain d'esprit de regarder désormais l'autre comme un étranger condamné à l'exil, parce qu'il a commis le crime d'être depuis trois ans victime d'une folie que la science est impuissante à guérir, de se débarrasser de lui comme on se décharge d'un fardeau trop lourd, de le repousser comme on écarte une branche morte qui gêne la liberté des pas, et, lui infligeant un châtiment immérité, de lui fermer l'accès du domicile commun, où l'on consent bien à vivre en mari ou en femme, mais non pas en garde-malade! Allons donc! A-t-on réfléchi qu'une pareille loi serait non pas même une loi de divorce, mais bien de répudiation, qui, aussi méprisable dans sa conception qu'attristante dans ses effets, indigne à ce double titre d'un Parlement français, mériterait d'être à tout jamais clouée au pilori de l'histoire?

N'est-ce donc point assez que la législation du divorce accumule sur elle, entre autres griefs, les reproches flétrissants d'immoralité publique, en tant qu'œuvre anti-sociale, et d'injustice criante, en tant qu'elle fait des enfants les victimes innocentes de la mésintelligence de leurs parents et comme les rançons de leurs discordes, et faut-il, descendant plus bas encore, la faire tomber au niveau de celles qu'il devient impossible de juger et de condamner, parce que l'expression fait défaut pour les qualifier?

Non, cent fois non — car le contraire serait la faillite de leur dignité même — l'homme et la femme ne sont point des objets de ménage, qu'il soit, sous l'égide législative, permis de mettre au rebut quand ils ont cessé de plaire ou qu'une atteinte morbide les a mis hors de service!

Accepter le mariage avec tous ses risques, avec toutes ses chances, avec tous ses aléas, favorables ou adverses, bons ou mauvais, heureux ou pénibles, c'est, moralement, le maintenir à la hauteur où l'on devrait toujours le laisser planer, d'où aucune main sacrilège ne devrait jamais tenter de le détrôner, et c'est, pratiquement, en respectant le caractère de noblesse qui est le sien, lui épargner toute cause de déchéance, en ne le dégradant pas au point de le faire dégénérer en une sorte de marchandise de fantaisie, dont l'acquisition, au lieu d'être inspirée par quelque idée élevée, sérieuse et réfléchie, n'a d'autre guide que le bon plaisir, et en ne le ravalant pas à une espèce de bail à courte durée.

Quant à l'argument tiré de ce qu'avant la loi du 31 mai 1854, la mort civile était une cause de dissolution du mariage, particulièrement odieuse en cas de déportation (1), il n'est d'aucun poids: l'invoquer, c'est oublier, d'une part, que, de ce chef surtout, cette institution, rendue inadmissible en raison après l'abrogation, par la loi du 8 mai 1816, du divorce dont elle n'était qu'une application obligatoire, tombait sous le coup d'une réprobation unanime, et, d'une autre côté, que si on l'a fait si heureusement disparaître de notre législation civile, après l'y avoir trop longtemps conservée d'une manière trop peu rationnelle, une des causes en fut précisément la grande et salutaire idée de l'indissolubilité du lien conjugal.

Vous voudrez bien excuser, Monsieur, ces trop longues réflexions, qui ont leur source dans une conviction aussi profonde qu'inébranlable. Mais vous me faites l'honneur de me demander mon opinion, j'aurais jugé indigne de vous et de moi de ne point lui donner pour bases une franchise absolue et une complète sincérité.

Veuillez agréer, je vous prie, l'assurance de ma considération la plus distinguée.

P.-J. Lucas,
Professeur de Droit civil à la Faculté de Dijon.

IV

M. Escarro, professeur de droit civil à la Faculté de Rennes. veut bien nous écrire :

Paris, 30 mars 1911.

A Monsieur le Directeur de la Gazette médicale de Paris.

Monsieur le Directeur,

Vous m'avez fait l'honneur de me demander mon opinion sur la question du divorce pour cause d'aliénation mentale.

En l'état actuel de notre loi, pareille cause est inadmissible toutefois la jurisprudence, comme le fait observer M. le député Viollette, arrive bien souvent à faire jouer la notion d'injure grave lorsqu'il est constaté que l'aliénation mentale est une suite directe des excès, passions, etc., etc., de l'aliéné.

En tant qu'il s'agit de politique législative, la question est délicate. Si l'on s'en tient à un point de vue surtout moral, il paraît difficile d'appliquer cette *peine* qu'est le divorce au fait absolument involontaire et innocent qu'est la souvenance de l'aliénation chez un des conjoints.

Il est aussi un peu cruel de permettre à l'époux d'abandonner son conjoint dans l'instant que celui-ci a le plus besoin de ses soins et de son appui.

Mais ceci ne peut être vrai que dans les cas de folie intermittente ou non incurable. En pareille hypothèse, je n'admettrais pas le divorce.

Au regard de l'aliéné *interné* et considéré comme incurable, il semble bien dur d'enchaîner à son sort celui du conjoint jeune, sain, et qui a l'avenir devant lui (on connaît des cas de folie suivant de très près le mariage).

Mais, si l'on insérait la folie incurable dans les causes légales de divorce, le problème de la constatation de la folie se poserait. Ce serait, en fait, le médecin ou les médecins-experts qui prononceraient le jugement, car le magistrat croirait devoir s'en tenir à leur science, qu'il est personnellement (d'ordinaire) hors d'état de discuter.

Or, réapparaît ici le danger inhérent à toutes les expertises, et surtout aux plus délicates de toutes, les expertises médico-légales. Elles ne peuvent pas toujours être infaillibles, quelles que soient — et elles sont incontestables — la science et la bonne foi des experts. Vous voyez que j'hésite à aller jusqu'au bout de ma pensée. Alors dire que le divorce pourra être prononcé au bout de tant d'années d'internement n'ayant pas amené la guérison? C'est peut-être encore la moins mauvaise solution. Encore, faut-il fixer le délai.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de mes sentiments bien distingués.

Escarra,
Professeur de Droit civil à la Faculté de Rennes.

V

M. le Dr Wahl, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Pontorson, nous écrit :

Pontorson, le 5 avril 1911.

Monsieur et très honoré confrère,

Ci-joint mon avis sur la question du divorce des aliénés que vous avez bien voulu me demander dans votre honorée du 28 écoulé : c'est une question délicate qui a soulevé et soulèvera bien des polémiques, mais qui, je l'espère, finira par être solutionnée conformément au sens commun et sans léser des droits respectables.

Veuillez agréer, Monsieur et très honoré confrère, l'assurance de mes civilités les plus distinguées.

Dr Wahl,
Médecin en chef de l'Asile d'aliénés de Pontorson.

Le divorce, d'une façon générale, est toujours un fait regrettable, mais il n'est que l'homologation par un tribunal, une régularisation légale, constatant que le mariage des époux a cessé pour une raison ou pour une autre, qu'il leur est impossible pour des raisons graves de continuer à vivre ensemble. L'aliénation mentale confirmée et incurable me paraît être une de ces causes. En effet, on ne peut comparer l'époux d'une personne qu'atteint une infirmité incurable à celui de l'époux d'un aliéné, un infirme conserve l'intégrité de son moi, l'affection pour les siens, il continue dans la mesure de ses forces à participer à la vie sociale, il cherche à se rendre utile à ceux qui l'entourent, tandis que l'aliéné est, par définition, devenu étranger, *alienus* au monde extérieur, qu'il soit gai ou déprimé, diminué au point de vue intellectuel, atteint de délire de grandeur ou de persécution, il n'a plus pour les siens les sentiments qui sont normaux. Presque toujours, quelle que soit sa situation dans le monde, on est obligé de l'interner. Au point de vue juridique, l'aliéné ne jouit pas de ses droits civils intégralement. Tantôt il est interdit, plus souvent ses biens sont administrés provisoirement, soit par la commission de l'asile où il se trouve, soit par un administrateur désigné par un tribunal. Cette condition seule suffirait à mon avis à justifier le divorce par suite des difficultés innombrables auxquelles peuvent donner lieu les questions d'intérêt quel que soit d'ailleurs le régime du contrat de mariage. Je sais bien que le conjoint est tuteur de droit de son conjoint interné, mais il y a là bien souvent une source de procès et de difficultés. Il n'est même pas possible dans l'état actuel de la jurisprudence d'obtenir la séparation de biens pour cause d'aliénation mentale de l'un des époux.

A un autre point de vue, la communauté est dissoute en fait, ne vaut-il pas mieux qu'elle le soit en droit et que l'époux devenu libre puisse se fonder une nouvelle famille plutôt que de vivre dans l'adultère et le concubinage. Cet argument, malgré sa valeur sociale, n'a pas une grande portée juridique.

(1) C'est pourquoi le législateur commence par l'abroger pour cette peine criminelle dès 1850 ; l'article 3 de la loi du 8 juin déclara qu'elle ne l'emporterait plus.

Mais pour que le divorce puisse être obtenu, il est de toute nécessité que le malade soit incurable, il n'est pas possible dans l'état actuel de la science de porter d'une façon affirmative un tel pronostic, mais la même objection existe en matière d'interdiction et là, comme ailleurs, le principe du *plerumque fit* trouve son application. En effet, la procédure d'interdiction ne demande pas que l'on déclare incurable telle personne déterminée, mais simplement qu'elle est dans un état habituel d'imbécilité de fureur ou de démence, ce qu'un clinicien peut affirmer après un internement d'une durée suffisante. L'expérience a montré que l'aliénation mentale guérit rarement après la troisième année et très exceptionnellement après la cinquième, il suffira donc d'établir que la maladie est habituelle et que son début remonte à trois ans au moins. La durée de la procédure permet de supposer que le divorce ne sera définitif que la quatrième année écoulée, c'est-à-dire à une époque où la guérison est l'exception rarissime, les lois ne peuvent tenir compte des exceptions de cette espèce.

Mais je demanderais que la loi substituât dans les procédures de divorces basés sur aliénation mentale les tentatives de conciliation qui ne peuvent exister, par un interrogatoire de l'aliéné en chambre du Conseil en présence du procureur de la République et d'un médecin légiste qui ne soit pas l'aliéniste dans le service duquel est placé le malade. En cas de doute, le tribunal pourrait désigner tels experts qu'il lui plairait pour éclairer sa religion. Je crois qu'avec ces garanties, le divorce pour cause d'aliénation mentale d'un des conjoints ne présenterait pas d'inconvénient pratique.

VI

M. Ambroise Colin, professeur de droit civil à la Faculté de Paris, nous écrit :

31 *mars* 1911.

Monsieur le Directeur,

J'ai lu avec intérêt l'article de M. Maurice Viollette que vous avez bien voulu me communiquer et je m'empresse de déférer à votre désir — infiniment trop flatteur pour moi — en vous envoyant quelques réflexions sur la question du *Divorce pour cause de folie*.

Les arguments que présente M. Violette en faveur de sa thèse sont impressionnants et le parallèle qu'il établit entre la démence incurable et la *mort civile*, cause, jusqu'en 1854, de dissolution du mariage est assurément ingénieuse. Il est évidemment peu conforme à l'humanité et à l'intérêt social que le lien conjugal subsiste, indissoluble entre deux époux, dont l'un est enseveli à tout jamais dans un asile d'aliénés. C'est pourquoi bien qu'assez défavorable, en général, à l'élargissement du divorce, institution que je n'admets elle-même qu'avec résignation, je ne verrais pas d'inconvénients à ce que la *folie incurable* d'un conjoint devint, après une sérieuse et longue période d'épreuve, une cause déterminée nouvelle de rupture du lien conjugal.

Seulement, il me semble que cette réforme requerrait deux conditions :

D'abord, il faudrait supposer résolue, dans le sens de l'affirmative, la question de savoir si les médecins sont jamais à même d'affirmer avec certitude l'incurabilité de la folie. Le problème échappe à ma compétence. C'est aux spécialistes de la psychiatrie à le résoudre.

En second lieu, la loi devrait être assez bien faite pour que les abus fussent impossibles ou à peu près. C'est le cas, dit-on, en Suisse où, sur mille divorces, la proportion des divorces pour démence ne dépasse pas le chiffre de dix à vingt par année. La difficulté principale est dans la manière de régler l'intervention des experts médicaux. Nul n'ignore les réclamations auxquelles a donné lieu le rôle tout à fait prépondérant attribué aux certificats médicaux pour l'application de la loi de 1838. Il ne faudrait pas que ces récriminations pussent se renouveler à propos de l'application de la loi du divorce.

J'ajoute que la loi nouvelle ferait, à mon avis, une œuvre utile si elle réglait, en même temps, un point particulièrement défectueux de notre loi actuelle, je veux parler de la situation de l'aliéné, non pas comme *défendeur*, mais comme *demandeur* à l'action en divorce. Le Code civil ne contient aucune disposition applicable au cas de l'aliéné interdit ou simplement interné, au nom duquel il y aurait lieu d'entamer ou de poursuivre une instance en divorce, soit à raison des torts antérieurs de son conjoint (lesquels ont peut-être causé son état morbide) soit à raison de la conduite scandaleuse du même conjoint depuis l'interdiction ou l'internement. La loi de 1838 est également muette. Et la jurisprudence n'a pas trouvé le moyen de combler les lacunes de la loi.

Vous me permettrez de signaler, en terminant, à ceux de vos lecteurs qu'intéressent les questions relatives à la législation du divorce, une mine précieuse de renseignements. Le problème de l'élargissement du divorce (avec ce point spécial du divorce pour démence) a été discuté avec toute l'ampleur et toute la compétence désirables, en 1906, par la *Société d'Études législatives*, sous la présidence de feu M. Barboux, de l'Académie française. Le *Bulletin* de cette Société contient (année 1906, p. 180 et s.) le rapport absolument remarquable fait sur la question par mon collègue de la Faculté de Droit, M. Albert Tissier. On trouve, en outre, dans le *Bulletin* de l'année 1908, un *Questionnaire* relatif aux dispositions du Code civil en matière de divorce qui peuvent appeler une réforme législative, questionnaire établi pour servir de base aux travaux de la Commission de revision du Code civil. Il est au moins fâcheux que le Parlement français prenne rarement la peine de consulter des documents de ce genre, dans lesquels il aurait chance de rencontrer ce qu'on ne trouve peut-être pas toujours dans les travaux parlementaires, c'est-à-dire l'abondance de la documentation, la compétence technique, l'absence de toute préoccupation de politique contingente. On procède autrement en Suisse et en Allemagne et les résolutions des *Congrès de Jurisconsultes*, organismes analogues à la *Société d'Etudes législatives*, y sont utilisées avec soin par le législateur. En cela, comme sur bien d'autres points, c'est par *la méthode* que les Allemands nous sont supérieurs. Et il nous serait si facile de ne pas leur laisser cette supériorité !

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'assurance de mes sentiments les plus distingués.

AMBROISE COLIN,
Professeur de Droit civil
à la Faculté de Droit de Paris.

VII

M. Jacquin, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Ste-Madeleine (Bourg), nous écrit :

Bourg, 6 *avril* 1911.

Monsieur et honoré confrère,

En vous remerciant de l'intéressant article de M. Viollette que vous avez bien voulu m'envoyer, je vous adresse cette courte note suggérée par la lecture de cet article.

Recevez, Monsieur et honoré confrère, l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

H. JACQUIN,
Médecin en chef de Sainte-Madeleine
(Bourg).

La question de l'aliénation mentale et divorce est une des plus troublantes qui soit pour l'aliéniste, et parmi les nombreux problèmes qu'elle soulève l'un des plus complexes est, à mon avis, le suivant.

Le magistrat, appelé à connaître d'une demande en divorce basée sur « injures, sévices graves, violences et même incompatibilité d'humeur » se trouve souvent amené à accorder de bonne foi le divorce au conjoint sain, au détriment de l'autre chez lequel les modifications du caractère, de l'humeur, l'asociabilité conjugale qui motivent cette demande ne sont que le prélude d'un état psychopathique qui évoluera par la suite, ou le fait d'un trouble mental constitutionnel et latent.

Je fais allusion ici, en particulier, aux folies raisonnantes, aux délires d'interprétation, d'imagination à toutes ces psychoses chroniques qui sont l'épanouissement d'une personnalité originellement prédisposée, le développement d'une constitution paranoïaque, pour emprunter le mot barbare de nos auteurs.

Or, en agissant ainsi, ce magistrat ne commet-il pas une erreur judiciaire, puisqu'en l'état actuel de la législation française, la folie n'est pas inscrite dans notre code comme cause de divorce; heureux encore si ce même magistrat n'accorde pas le divorce sur la demande et au profit d'un conjoint aliéné lui-même. Et le dernier fait, sur lequel mon maître et ami, le Dr Anglade, a récemment appelé l'attention (voir *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 3 décembre 1909) n'est pas aussi rare qu'on le pense, j'en pourrai citer moi-même plusieurs exemples.

Il y a là, comme je l'écrivais plus haut, un problème troublant; au légiste de le résoudre.

Le Dr Péan faisant allusion aux nombreux cas de divorce dont la cause réelle, mais inavouée était une affection génitale rendant intolérable l'œuvre de chair à l'épouse, disait : « La justice ne sera juste en France que lorsque les Chambres de divorce seront précédées d'une antichambre pourvue d'une table à spéculum, d'un gynécologiste. »

Et d'un psychiatre serai-je tenté d'ajouter, si je ne craignais d'être qualifié d'utopiste ou de rêveur au même titre que ceux qui ont proposé la création d'un certificat d'aptitudes physique et psychique au mariage.

VII

M. le Dr Ollivier, directeur de la maison de santé de St-Jean-de-Dieu, à Lehon, près Dinan, nous écrit :

8 *avril* 1911.

Monsieur le Directeur,

Par une lettre du 28 mars dernier, vous me faites l'honneur de me demander mon avis sur la question : Divorce pour cause de folie. Je suis de ceux qui pensent qu'on ne doit pas généraliser la solution, mais qu'on doit au contraire envisager la question d'espèces.

A ce propos, je pense vous intéresser en vous transmettant copie d'une lettre qui m'est parvenue ces jours derniers. Vous y verrez que la signataire ne fait pas preuve d'une réserve égale à la mienne. J'ajouterai que sa cause a toutes mes sympathies, car l'incurabilité du mari justifie la requête de la plaignante. Je lui laisse, d'ailleurs, toute la responsabilité de la forme. J'ai respecté dans la copie le style et l'orthographe.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de mes sentiments distingués.

Dr OLLIVIER,
Directeur de la Maison de Santé
de Saint-Jean-de-Dieu
à Lehon (près Dinan).

Voici le texte de la lettre à laquelle fait allusion M. le Dr Ollivier :

Paris, le 3 *avril* 1911.

Monsieur le Directeur de la Maison de santé de St-Jean-de-Dieu, à Léhon, près Dinan.

Je viens vous demander d'être assez aimable

de me donner quelques renseignements sur le nommé L..., interné dans l'Etablissement dont vous avez la haute direction. Je vous dirais que je suis bien inquiète, ce que je vais devenir avec mes trois enfants si ce monstre de paresseux persiste à vivre, je suis à même de changer mon existence qui n'est pas des plus brillantes pourvu que je sois libre, j'avais introduit une demande en divorce, mais à ce qu'il paraît que l'on ne peut se débarrasser d'un fou, c'est très-bizarre, mais en même temps cruel, car enfin voyez donc une femme avec trois enfants qui n'a que sa petite journée de passementière, je vous assure que ce n'est pas gai, ne croyez-vous pas que l'on me rendrait un grand service en me rendant ma liberté. Je suis dans une bien triste situation; à l'atelier, il m'a fallu jusqu'à changer mon nom pour ne pas m'attirer d'ennuis, car on a parfois des camarades qui ne sont pas toujours très gentilles et qui sont souvent aux aguets pour vous lancer des paroles vexantes.

Enfin, Monsieur le Directeur, je ne vais pas vous ennuyer plus longtemps sur ma triste existence, j'espère recevoir de vous un petit mot si cela ne vous dérange pas; pour me dire ce que devient cette brute et s'il compte rendre bientôt compte à Dieu de toutes les iniquités qu'il a commises.

Recevez, Monsieur le Directeur, l'expression de mes sentiments reconnaissants.

A. L.

Veuillez être assez aimable de m'écrire sous le nom de

A. V..., rue n°.

Nous publierons dans un prochain numéro la suite de ces documents si précieux; la hauteur et la générosité des idées, la compétence clinique et juridique, l'âpre désir de trouver la solution juste, que révèlent les opinions déjà émises, nous font nous réjouir d'avoir consacré les colonnes de la Gazette médicale de Paris *à cette troublante question de l'aliénation et du divorce. Nous continuerons.*

Dr Lucien-Graux.

REVUE CLINIQUE

La pleurésie séro-fibrineuse bilatérale, par le Dr Félix Ramond, Médecin des hôpitaux (Hôpital St-Antoine).

Je désire attirer votre attention sur une particularité clinique fort peu connue, car je n'en trouve mention sur aucun des traités classiques; je veux parler de la pleurésie séro-fibrineuse bilatérale. Il ne s'agit pas ici, bien entendu, de la question d'un double épanchement, facile à mettre en évidence et tel qu'il vous a été donné de le rencontrer encore assez fréquemment. Je veux parler de ces *pleurésies séro-fibrineuses banales, en apparence unilatérales et qui cependant s'accompagnent d'un épanchement de l'autre côté, mais si minime que son existence passe toujours inaperçue.* Rappelez-vous les cinq derniers malades que je vous montrai, il y a quelques jours seulement. D'un côté, existence de tous les signes physiques et fonctionnels d'un épanchement indubitable; de l'autre côté, absence de la plupart de ces signes : pas d'affaiblissement du murmure vésiculaire, persistance des vibrations thoraciques; pas de souffles pleurétiques, ni d'égophonie, ni de pectoriloquie aphone: pas de point de côté. Et cependant, dans ces cinq cas, je puis vous démontrer l'existence de liquide, souvent en fort petite quantité, mais ayant tous les caractères du liquide pleurétique séro-fibrineux.

Quels furent les symptômes qui me permirent d'affirmer le diagnostic? Ce furent l'existence de la matité, du signe des spinaux et enfin le résultat positif de la ponction exploratrice, pratiquée d'une certaine façon. Je pourrais y ajouter les données de la radioscopie; mais j'avoue ne pas avoir de documents suffisamment probants.

L'existence de la matité du côté opposé à l'épanchement est un fait bien connu, depuis les travaux aujourd'hui classiques de Grocco (1); elle revêt une forme triangulaire, dont un côté correspond à la ligne médiane, un autre à la douzième côte et le troisième à une ligne oblique qui sépare l'aire de matité de l'aire de sonorité.

D'après Grocco, cette ligne aboutit en haut au point supérieur de l'épanchement du côté opposé; de plus, l'aire de matité disparaît lorsque le malade se couche sur son épanchement, ou bien après une ponction évacuatrice. Ainsi considéré, le phénomène de Grocco ne semble pas répondre à la généralité des cas. Le professeur J. Teissier a remarqué le premier que le sommet du triangle de Grocco ne remonte pas toujours jusqu'au sommet de l'épanchement. De leur côté, Roch et Dufour, dans un travail très documenté (2), ont démontré que cette aire de matité était loin d'avoir dans tous les cas la mobilité que lui attribuait Grocco. C'est également notre impression; et dans tous les cas de pleurésie occulte dont il s'agit ici, nous n'avons jamais vu la matité se déplacer par la position du malade. De même, son sommet ne dépassait pas en hauteur la sixième ou la septième vertèbre dorsale.

Je n'ai pas à vous rappeler les significations diverses que l'on a données au signe de Grocco; elles varient avec chaque auteur et je ne saurais mieux faire que de vous renvoyer pour plus ample informé aux travaux précédemment cités et à l'excellente thèse de D. Bernard parue en 1905. Je crois que les interprétations données, y compris la toute récente du professeur Teissier (3), s'appliquent bien aux cas particuliers que visent leurs auteurs; mais aucun d'eux, à ma connaissance, n'a tiré argument de l'existence de cette matité pour soupçonner la présence d'un épanchement sous-jacent. Or, je suis convaincu qu'une matité triangulaire de Grocco, immobile quelle que soit la position du malade et ne remontant pas trop haut, est un argument sérieux en faveur de la pleurésie dont je tiens à vous démontrer la réalité.

Mon second argument est tiré de l'existence fréquemment bilatérale du *signe des spinaux*, que j'ai décrit le premier (4). Vous savez en quoi consiste ce signe; il est quelquefois difficile de le mettre en évidence, mais en revanche il ne manque jamais dans toute pleurésie *inflammatoire séro-fibrineuse.* Il est formé de données visuelles et de données tactiles. Si l'on examine en effet le dos d'un pleurétique, on constate que les spinaux du côté enflammé font une *saillie visible* à l'œil nu; à la palpation de la région dorso-lombaire, ces mêmes spinaux paraissent *élargis* par rapport à ceux du côté opposé. enfin ils offrent une sensation de *dureté* analogue à celle que fournit du caoutchouc plein légèrement tendu. Si l'on percute les attaches supérieures des spinaux, vers la sixième vertèbre dorsale, cette sensation de tension se transforme en sensation vibratoire, parfois visible sous la peau, à première inspection.

Cette contracture des spinaux peut évidemment exister dans d'autres conditions, par exemple dans les divers rhumatismes vertébraux ou dans la lordose prononcée. Mais sa signification est des plus nettes dans ces cas particuliers et ne saurait induire en erreur.

Or, si le signe des spinaux est le plus souvent unilatéral, comme l'épanchement, par contre il peut exister des deux côtés, et dans ce cas, il implique l'existence d'un double processus pleural inflammatoire.

Restent les résultats fournis par la ponction exploratrice, les plus probants, certes, d'entre tous. Mais cette ponction doit se pratiquer très bas, dans les dixième ou onzième espaces intercostaux, à trois travers de doigt de la ligne épineuse, avec une aiguille assez longue, emmanchée sur une seringue dans laquelle on pratique le vide, dès que l'aiguille a pénétré sous la peau. L'épanchement que l'on veut explorer est en effet le plus souvent très mince et en procédant autrement, on risquerait de le traverser sans l'aspirer en partie. De même, en pratiquant la ponction plus externe, comme il est fait d'habitude dans les cas de gros épanchement, on pourrait tomber en dehors de la zone enflammée, qui, nous le répétons, nous a toujours paru peu étendue.

La pleurésie séro-fibrineuse bilatérale, telle que nous l'entendons, existe, nous croyons l'avoir démontré suffisamment; mais dans quelles proportions? La réponse est difficile, nous l'avouons. Sur 123 cas de pleurésies observés aux consultations de la Pitié et de Saint-Antoine, nous ne la voyons mentionnée que 11 fois, mais cette proportion nous semble devoir être au-dessous de la vérité, car notre attention n'avait pas été suffisamment attirée dès le début sur cette particularité. Depuis le commencement de l'année, par contre, nous avons soigneusement examiné tous nos pleurétiques; et, sur 27 malades, 5 fois nous avons pu mettre en relief l'existence du double processus inflammatoire.

L'interprétation d'un pareil phénomène nous paraît facile. Il ne s'agit évidemment pas d'une infection simultanée des deux plèvres; cette infection simultanée produit une double pleurésie, à épanchements analogues et de volume sensiblement identiques. Ici tout semble indiquer qu'une plèvre s'enflamme tout d'abord pour son propre compte; puis, que son inflammation se propage par petites étapes à l'autre plèvre, qui en présence de cette infection lente, graduée et atténuée, a le temps de réagir et de limiter le dommage à un épanchement très modéré. La voie suivie par le bacille de Koch est évidemment la voie lymphatique. Il n'existe cependant pas de vaisseaux unissant directement les deux plèvres; mais en revanche, on sait que les lymphatiques des sinus costo-diaphragmatiques communiquent largement les uns avec les autres par le réseau de la plèvre diaphragmatique et du diaphragme lui-même, ainsi que l'a démontré Sappey dans son admirable étude des lymphatiques. Il n'y a donc rien d'étonnant à ce qu'une inflammation d'une plèvre se propage à l'autre par l'intermédiaire de ces canaux anastomotiques.

(1) Grocco. — *Riv. critica di clin. med.*, 15 mars 1902.
(2) Roch et Dufour. — *Sem. méd.*, 1908.
(3) J. Teissier. — *Sem. méd.*, 1911.
(4) Lauriat. — *Le signe des spinaux de Ramond. Thèse Paris*, 1911.

REVUE DE MÉDECINE MENTALE

Un clastomane, par M. le Dr Fassou (service de M. Legrain (*Soc. clin. de méd. mentale*).

Le malade que nous avons l'honneur de vous présenter est un débile mental qui s'est spécialisé dans le bris de certains objets.

Aucune hérédité chez cet homme de peine, actuellement âgé de 35 ans; mais ses antécédents personnels, à défaut de toute autre tare pathologique, montrent qu'il fut un *casseur* précoce. Vers l'âge de 8 ans, « à la suite d'une bagatelle », il saisit une marmite de lait, placée sur la table pour le repas familial, et la jette à terre brusquement. C'est le seul bris d'objet qu'il se rappelle de son enfance et de sa jeunesse. Un beau jour, au régiment, il était en train de « rigoler » avec ses camarades de chambrée; tout d'un coup, sa boule de son, avec laquelle il jouait, « est partie toute seule

pour aller, dit-il, se ballader dans la cour en passant par la fenêtre et au travers des carreaux »; il n'a jamais pu comprendre pourquoi.

L'année 1903 inaugure les premières condamnations du malade : pour outrages et rébellion aux agents. Il subit deux emprisonnements : l'un de quelques jours, le second de un mois.

En mars 1906, premier bris officiel de clôture qui lui vaut un nouvel emprisonnement de quelques jours.

Si l'année 1907 lui est favorable, 1908 est en revanche, néfaste pour le malade qui, toujours pour bris de clôture, retourne en prison à six reprises différentes ; c'est vers la fin de 1908 qu'il fait, pour la première fois, connaissance avec les asiles où il est envoyé, à la suite d'un non-lieu, sur un rapport médico-légal du docteur Séglas.

Il arrive à Ville-Evrard le 28 décembre 1908, et raconte ses déboires : il a été arrêté parce qu'il a cassé des carreaux chez un marchand de vins ; il venait de boire une chopine : au moment de sortir, il voit dans la rue, un passant qui le regarde de travers : « alors, dit-il, mon sang n'a fait qu'un tour : j'envoyai un grand coup de poing dans les carreaux de la devanture du bistro ». Ce sont les devantures de marchands de vin que le malade fait voler en éclats, de préférence : néanmoins, il lance, avec tout autant de facilité, un coup de poing dans la glace d'un bureau de tabac, de même qu'il brise, avec non moins de brusquerie, les carreaux de ses propres fenêtres ou les vitres du voisin. Il n'est pas jusqu'aux verres ordinaires qui ne le sollicitent parfois : d'habitude, il les casse en les cognant d'un geste sec, sur le comptoir du débitant ahuri : plus rarement il les brise avec ses dents, d'un seul coup. Mais le malade, dans ses explications, déclare qu'il a un faible pour les devantures et l'expression qu'il emploie, à ce sujet, est plus qu'éloquente : « j'aurais passé au travers ». Sans doute, tout cela lui a valu de nombreuses condamnations, mais il n'y peut rien.

D'après les déclarations du malade à cette époque, on se rend compte qu'il agit sous l'influence d'idées délirantes, d'illusions et, peut-être, d'hallucinations : il y a des gens qui lui en veulent : on le menace de « lui faire la peau » ; il surprend des regards bizarres d'où « embêtement, énervement », et il réagit à sa façon : en cassant des carreaux.

Il trouve, d'ailleurs, un bon stimulant dans l'alcool : il absorbe, tous les jours, 4 litres de vin, quelquefois plus, et prend régulièrement un apéritif avant chaque repas. Aussi les signes d'intoxication éthylique sont-ils très marqués, chez lui, au moment de son internement.

Pendant les deux premiers mois de son séjour à l'asile, le malade a fait, dans le service, une véritable hécatombe de carreaux : il en a cassé une soixantaine environ.

Ces manifestations impulsives sont paroxystiques et impossibles à prévoir ; elles jaillissent subitement. « Ça me prend tout d'un coup, dit le malade : quand j'ai foutu les carreaux en bas, je suis soulagé, je respire librement. »

Jusqu'à présent, avant et pendant son internement, notre malade n'a cassé que des carreaux : il lui est arrivé une ou deux fois, seulement, de briser des chaises.

Après huit mois de séjour à l'Asile, il est rendu à la liberté : il quitte le service en août 1909, non sans avoir cassé, en mars, une table de marbre. Depuis, le malade était calme, travaillait, et ne brisait plus.

Il ne profite pas longtemps de cette liberté qu'il réclamait avec beaucoup d'insistance : un mois et demi après sa sortie, il est condamné à deux mois de prison pour vagabondage et filouterie : il purge sa peine, revient au grand air, mais pendant cinq jours seulement ; il dîne, un soir, chez un marchand de vins : il boit trois chopines, prend un café, et pense à ses chagrins : brusquement il se lève, saisit deux tables de marbre et les brise : nouvelle arrestation et nouvelle condamnation à trois mois de prison qu'il accomplit intégralement. Libéré le 12 mars 1910 à 8 heures du matin il se fait arrêter le même jour, toujours pour bris de clôture, et s'il n'est emprisonné que pendant une quinzaine de jours, c'est qu'un rapport médico-légal l'envoie de la prison à l'asile.

Il arrive à Ville-Evrard, pour la deuxième fois, le 19 avril 1910 : « J'ai encore cassé une glace, dit-il, je n'avais pas bu, un verre ou deux seulement : en sortant du café où je venais de prendre une mominette, tout à coup, d'un seul coup, je flanque mon poing dans une glace de la devanture et je la casse ». A Fresnes, d'où il sortait, il avait été pendant son dernier mois de détention, mis au pain et à l'eau, obligé, par conséquent, à une abstinence rigoureuse et prolongée. L'absinthe qu'il prend le jour de sa sortie suffit à provoquer le geste réflexe habituel et ancien, inscrit dans son subconscient.

On demande au malade pourquoi il a cassé des tables de marbre : « C'est une idée à moi, répond-il : ça m'a dégagé, je ne vous le cache pas ; chacun passe sa colère où il peut. »

En insistant longtemps, il avoue : « Bien sûr que j'ai un motif, mais pour vous le dire, c'est impossible. » Et de fait il garde son secret.

A propos des bris de carreaux antérieurs, il parle, vaguement, d'une histoire d'amour, sans caractère passionnel ou génital : mais, pour les tables, ce n'est pas la même chose, affirme-t-il énergiquement ; on n'en peut savoir plus long.

Dans le service, il casse, en août, une table de marbre : en octobre, une autre : le 18 décembre, il en brise deux, toujours de la même façon : il soulève brusquement la table et la laisse retomber ; le 20 décembre, même opération et deux nouvelles tables sont cassées ; le lendemain, M. le Dr Legrain le fait venir dans son cabinet et pendant une heure, il interroge le malade qui ne veut toujours pas livrer le motif qu'il dit avoir, et qui le pousse à réduire les tables de marbre en morceaux. Au sortir de l'interrogatoire, le malade est ramené vibrant, au quartier, et immédiatement, il casse deux tables. Cela porte à 10 le nombre de tables du même genre qu'il a cassées dans le service avec toujours la même impulsion froide, et n'ayant pas l'air de se douter qu'il a occasionné, ainsi, pour 900 francs de dégâts.

Après ce dernier exploit, le malade a été alité et l'est resté jusqu'à présent : c'est le seul moyen efficace pour protéger les tables. Au demeurant, il est très calme et s'étonne qu'on le maintienne au lit. Nous avons eu de nombreuses conversations avec lui et, enfin, il nous a livré son secret ; le voici, dans toute sa puérilité : il y a 4 ou 5 ans, le malade qui veut s'amuser, va dans une maison close des boulevards extérieurs ; il y trouve une sollicitation inattendue sous la forme de plusieurs tables de marbre qui feraient bien son affaire : il soumet ce désir au maître du logis qui ne demande pas mieux que de céder à son client deux de ses tables. L'affaire est conclue : notre malade paye, va chercher un de ses vieux camarades pour l'aider à emporter la marchandise : les tables sont mises dans un petit réduit, commun aux deux amis. Mais un beau jour, les tables disparaissent et le camarade aussi : ce dernier a vendu les tables, et a gardé l'argent pour lui : c'est un vol sans déguisement. Notre malade entre dans une grande colère et cette aventure a eu le don de lui « porter sur le système ». « Ce n'est pas tant, dit-il, une question d'argent qu'une question d'amour-propre : mon camarade s'est fichu de moi : je n'ai jamais songé à le frapper, car je suis un brave garçon : mais, au lieu de le battre lui, je casse des tables. » Peu à peu, un véritable cercle vicieux s'est installé d'où le malade n'est pas encore sorti : ou bien il voit une table de marbre : cela lui remet en mémoire la « saleté » que son camarade lui a faite, et la décharge brisante se produit, amenant avec elle un grand soulagement : ou bien, le souvenir de cette histoire désagréable lui revient spontanément en l'esprit, et gare aux tables s'il en trouve à sa portée.

Telles sont les diverses réactions cassantes accomplies par le malade depuis plusieurs années. La réaction est accomplie simplement sans malice. Nous l'avons vu immédiatement après l'un de ces actes : le malade était calme, n'avait aucunement l'apparence d'avoir eu un étourdissement ou un vertige : il avait l'esprit présent, savait fort bien qu'il venait de casser des tables. Il était peut-être plus vibrant, plus tremblant qu'à l'ordinaire car il est essentiellement émotif : de tout temps, il a un tremblement fibrillaire généralisé et qui s'exagère à la moindre émotion : qu'on l'interroge et aussitôt il vibre de tout son être ; la parole est trémulante, son langage est riche en interjections inattendues, en jurons savoureusement expressifs. Pour peu que l'interrogatoire se prolonge, on sent que le potentiel émotif augmente de tension et que la décharge serait fatale si le malade avait sous la main un carreau ou une table.

Avant tout, le malade est un débile émotif à réactions stéréotypées ; chez lui, point d'analyse mentale : il n'en a pas le temps ; l'idée de casser n'a pas été encore perçue par la conscience que déjà le geste a été fait, et le malade est tout étonné d'avoir brisé un carreau ou une table ; il y a chez lui les éléments de l'obsession, mais ils ne sont pas dissèqués, et l'impulsion prend la première place.

Ce qui fait l'intérêt de ce malade, ballotté jusqu'à présent, entre la prison et l'asile, c'est l'uniformité sériée de ses réactions. Après la période des carreaux est venue la période des tables, et ces périodes se chiffrent par des mois et des années. C'est ce qui nous a conduit à penser que si le malade brisait pendant si longtemps les mêmes objets c'est qu'il avait des raisons pour cela. Pour les tables, le motif est net ; pour les carreaux, il est plus obscur, mais il doit exister. Et on peut se demander si, un de ces jours, une nouvelle cause de surexcitation émotive ne va pas produire une série de réactions stéréotypées visant un autre objet à propos duquel le malade éprouvera ou croira éprouver de nouveaux ennuis.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Technique des injections intraveineuses, par le Dr Marcel Miriel, ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris (*Gaz. des Hôp.*).

Les injections intraveineuses tiennent aujourd'hui une telle place dans la thérapeutique qu'il y a, pour tous les praticiens, un intérêt capital à en bien connaître la technique. Or, sans doute parce qu'elle est banale pour quiconque peut fréquenter les hôpitaux, elle n'est pas rappelée, dans les articles récents parus sur la question.

Une connaissance exacte d'une technique rigoureuse constitue la *seule* difficulté de cette petite intervention (comme de la ponction lombaire et des injections épidurales d'ailleurs).

Celle que nous exposons s'applique, non seulement aux injections intraveineuses, mais aussi aux prises de sang et même à la saignée, quand on la veut minime et peu dramatique.

INSTRUMENTATION

1° *Une aiguille à injection hypodermique de*

2 *centimètres* en acier, parce que l'acier pique mieux et qu'on n'a pas la crainte, ici, de laisser l'aiguille, qui n'a d'ailleurs aucune raison de se casser, *in situ* ;

2° *Seringue de Luer de X centimètres cubes* ;

3° *Solution stérilisée* ;

4° *Une aleze. une bande de toile.*

PRÉPARATIFS

CHOIX DE LA VEINE. — Le pli du conde est le siège d'élection. Prendre n'importe quelle veine nettement perceptible à la palpation (dès que le bras est lié au-dessus). Les veines les meilleures ne sont pas les plus visibles. Celles-ci doivent leur apparence à leur superficialité et à la minceur de leur paroi, mais *le toucher renseigne ici mieux que la vue.*

La crainte de l'artère humérale, si elle est anatomique. n'est vraiment *pas chirurgicale* : un centimètre de graisse et l'expansion aponévrotique du biceps rendent l'atteinte de l'artère impossible, sans le vouloir.

Stérilisation du champ opératoire à la teinture d'iode.

Décoloration partielle à l'alcool.

Avant de mettre un lien sur le bras, on remplit sa seringue, qu'on dispose horizontalement.

Le lien doit être fait, selon nous, de telle sorte qu'il soit à la fois *solide* et *facile à dénouer sans secousse.*

Pour qu'il soit solide, il suffit *de mouiller* le nœud une fois fait.

Pour qu'il soit facile à défaire, un des bouts de la boucle doit repasser en sens inverse, à quelque distance, en un point *sec.*

PONCTION DE LA VEINE. — Doit être faite :

1° Avec l'aiguille *seule* (perméable).

2° *D'abord perpendiculairement* à la direction du vaisseau. La paroi antérieure traversée, on sent un ressaut, on est assez loin : d'ailleurs, le sang coule.

Un second ressaut prouverait qu'on a traversé l'autre paroi.

Ceci fait, on change complètement la direction de l'aiguille : on la *pousse parallèlement à la direction de la veine* dont les parois latérales, tangentes sur 1 centimètre ou 2 à l'aiguille, empêchent celle-ci de ressortir.

A ce moment. on prie le malade de raidir son bras : on enlève le lien : le sang coule toujours.

D'une main on immobilise le chas de l'aiguille, on y ajuste la seringue ne contenant que la quantité de cyanure voulue et sans bulle d'air, et l'on pousse l'injection.

Si l'on est bien dans la veine, on ne sent absolument aucune résistance.

Si une seule goutte de liquide est injectée à côté, on sent une résistance énorme ; il faut alors ne pas insister.

L'injection faite, on maintient le piston de la seringue pour éviter que le sang ne reflue.

D'un doigt, on appuie sur le point de pénétration de l'aiguille qu'on retire avec la seringue, brusquement, et tout d'un bloc.

Petit pansement compressif une heure ou deux. Avec cette technique *rigoureuse*, et en ne piquant la veine que quand on est *sûr* d'y pénétrer, on n'a *jamais d'incident.* Une malade, du service de M. Thibierge, a reçu ainsi sans incidents *une injection quotidienne pendant vingt-cinq jours de suite sur la même veine.*

INCIDENTS ET ACCIDENTS

Il peut se faire qu'une goutte de la solntion pénètre dans le tissu cellulaire périveineux ; il se produit alors une induration locale qui rend cette veine inutilisable ; en même temps douleur légère, mais sans suite.

Si l'on n'est pas dans la veine, on peut modifier un peu la situation de son aiguille, mais sans sortir de la peau ; sans cela, hématome léger et l'injection devient alors difficile et septique.

Quant aux accidents dus à l'introduction des bulles d'air, *ils ont été très exagérés*, comme le montrent les expériences faites par M. le professeur Delbet sur le chien.

En somme. les accidents possibles sont assez rares et d'ordinaire minimes. Il en est des plus graves qu'il faut connaître sous peine d'engager gravement sa responsabilité.

Nous avons vu récemment, dans un service hospitalier. un malade qui avait reçu une injection intraveineuse et malencontreuse de 606. Il présentait une escarre énorme du pli du coude, une lymphangite considérable du membre supérieur et l'adénopathie axillaire.

Un tel accident aurait, pour le praticien, des conséquences désastreuses, mais parfaitement évitables. comme le montrent ces quelques lignes.

CARNET DU PRATICIEN

Aphtes

Le traitement des aphtes peut être envisagé à trois points de vue différents :

1° Prophylaxie ;

2° Traitement local ;

3° Traitement général.

I. PROPHYLAXIE. — Pour faire de la bonne prophylaxie il est nécessaire :

1° D'isoler l'enfant atteint d'aphtes ;

2° De purifier tons les objets : verres, gobelets, ustensiles de cuisine, etc., qui servent au malade ;

3° De faire bouillir on stériliser préalablement le lait destiné aux enfants ;

4° D'interdire la vente du lait provenant de vaches aphteuses.

II. TRAITEMENT LOCAL. — Bien des traitements locaux ont été proposés pour la guérison des aphtes.

Il est nécessaire de distinguer les cas bénins peu douloureux des cas douloureux inflammatoires.

a) Cas bénins peu douloureux

Chez les petits enfants qui ne savent pas se gargari-er, le mieux est de pratiquer des *lavages de bouche* le plus fréquemment possible, toutes les heures s'il y a moyen, avec de la décoction de guimauve fraîchement faite pure, ou additionnée d'une solution d'acide borique à 10/1000.

Chez les grandes personnes, on ordonnera des *gargarismes* on mieux des *bains de bouche* avec de la décocti n de pavots ou de l'infusion de coca.

Pour assurer un nettoyage plus complet de la cavité buccale, il est bon d'ajouter à la décoction de pavots ou à l'infusion de coca 30 à 40 cc. d'une solution de résorcine à 0.50 c. pour 100. Lorsque le nettoyage de la bouche est terminé, on *badigeonne* les aphtes avec un peu d'onate hydrophile trempée dans le mélange suivant :

Borate de soude...........	4 grammes
Glycérine .... q.s.p.	30 cc.

Ou bien :

Orthoforme.............	1 gramme
Alcool éthylique.............	10 —
Eau.................. q.s.p.	60 cc.

b) Cas douloureux inflammatoires

Comme dans les cas précédents il est indiqué de faire des lavages ou de prendre des bains de bouche mais plus fréquemment encore. Sabouraud recommande dans ce cas d'employer l'eau de St-Christau. On badigeonne ensuite les aphtes eux-mêmes en localisant bien les applications aux parties atteintes avec un petit tampon d'ouate hydrophile imbibé de :

Chlorhydrate de cocaïne.....	1 gramme
Glycérine................	20 cc.

pour diminuer la cuisson et insensibiliser. Ne jamais employer de pinceau. L'opérateur doit profiter de cette insensibilisation pour toucher les aphtes avec :

Teinture d'iode pure.

on :

Crayon de nitrate d'argent mitigé.

on :

Crayon d'alun fondu.

on :

Crayon de sulfate de cuivre.

on :

Permanganate de potasse....	1 gramme
Eau......................	100 cc.

(BABINSKY.)

on :

Créosote..................	1 gramme
Glycérine.................	10 —

(GILLET.)

on :

Acide chromique............	2 grammes
Eau......................	50 —

on :

Perchlorure de fer en sol. officinale	1 gr.
Glycérine..................	10 —

A. Robin recommande anssi de toucher la lésion avec un fil d'or on de platine chargé d'acide sulfurique de Nordhausen et de rincer à l'ean bicarbonatée pendant 10 on 15 secondes.

Que l'on emploie l'un on l'autre de ces traitements, il est bon de continner pendant quelques jours les gargarismes on les lavages à l'ean de Saint-Christau et d'appliquer plusieurs fois par jour un des collutoires suivants :

Borax.....................	4 grammes
Teinture de benjoin........	2 —
Eau distillée..............	10 —
Sirop de miel..............	20 —

(BOUCHUT.)

on :

Chlorure de chaux.........	2 grammes
Miel......................	20 —

(BOUCHUT.)

Indications des Stations hydrominérales et climatiques

En romain. — Stations hydrominérales possédant un établissement et des hôtels et vendant de l'eau en bouteille.

En romain souligné d'un trait. — Stations hydro ayant établissement et hôtels, mais n'expédiant pas d'eau.

En «italique». — Stations vendant de l'eau minérale ne possédant ni hôtels ni établissement hydrominéral.

Albuminuries. — Saint-Nectaire.
Anémie. — Cauterets, Lamalou, La Bourboule.
Arthritisme. — Contrexéville, Cauterets, Martigny, Mont-Dore.
Artério-sclérose. — Plombières, Brides.
Asthme. — Mont-Dore, Cauterets, La Bourboule.
Bronchites. — Cauterets.
Bronchites chroniques. — Cauterets, Mont-Dore, La Bourboule.
Coliques hépatiques. — Contrexéville, Martigny.
Constipation. — Cauterets, Châtel-Guyon.
Coryza chronique. — Mont-Dore, Cauterets, La Bourboule.
Dermatoses. — Martigny, Saint-Christau, La Bourboule.
Diabètes. — Contrexéville, La Bourboule, Martigny, Vichy.
Dyspepsies. — Plombières, Cauterets.
Emphysème. — Mont-Dore, La Bourboule.
Entérites. — Châtel-Guyon, Brides, Cauterets, Plombières.
Estomac. — Vichy, Plombières.
Foie. — Contrexéville, Martigny, Brides.
Gorge. — Mont-Dore, Luchon, Cauterets, La Bourboule.
Goutte. — Contrexéville, Martigny, Aix-les-Bains.
Gravelle urique. — Contrexéville, Châtel-Guyon, Martigny, Vichy.
Laryngites. — Cauterets, La Bourboule.
Leucoplasie. — Saint-Christau.
Lymphatisme. — Salins-Moutiers.
Métrites. — Plombières, Salins-Moutiers.
Névralgies. — Plombières.
Nez. — Mont-Dore, Cauterets, La Bourboule.
Obésité. — Brides-les-Bains.
Reins (Lavage). — Contrexéville, Martigny.
Rhumatismes. — Aix-les-Bains, Plombières, Cauterets. Dax.
Rhume des Foins. — Mont-Dore, La Bourboule.
Sciatique. — Aix-les-Bains.
Syphilis. — Cauterets, Aix-les-Bains.

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 17.500 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. BUREAU), 33, rue J.-J. Rousseau

Le Gérant : Docteur LUCIEN-GRAUX.

CHEMIN DE FER DU NORD

Stations balnéaires et thermales.

Du jeudi précédant les Rameaux au 31 octobre, toutes les gares du chemin de fer du Nord délivrent des billets à prix réduits, à destination des stations balnéaires et thermales du réseau, sous condition d'effectuer un parcours minimum de 100 kilomètres aller et retour.

Billets collectifs de famille, valables 33 jours, prolongeables pendant une ou plusieurs périodes de quinze jours (Réduction de 50 0/0 à partir de la 4e personne):

Billets hebdomadaires et carnets d'aller et retour individuels, valables cinq jours, du vendredi au mardi et de l'avant-veille au surlendemain des fêtes légales (Réduction de 20 à 44 0/0);

Les carnets contiennent 5 billets d'aller et retour qui peuvent être utilisés à une date quelconque dans le délai de trente-trois jours :

Cartes d'abonnement, valables trente-trois jours, (Réduction de 20 0/0 sur le prix des abonnements ordinaires d'un mois) à toute personne prenant deux billets ordinaires au moins ou un billet de saison pour les membres de sa famille.

Pour les stations balnéaires seulement :

Billets d'excursion, individuels ou de famille de 2e et 3e classes, des dimanches et jours de fêtes légales, valables une journée dans des trains désignés (Réduction de 20 à 70 0/0).

Pour tous renseignements, consulter le livret-guide Nord ou s'adresser dans les gares et bureaux de ville de la Compagnie.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

BILLETS D'ALLER ET RETOUR DE

PARIS AUX POINTS - FRONTIÈRE SUISSE

Délivrés conjointement

avec des Cartes d'abonnements généraux suisses

La gare de Paris délivre des billets d'aller et retour de 1re et 2e classes, valables 48 jours, pour Genève, les Verrières-frontière et Villers-frontière (sans réciprocité).

Ces billets qui sont émis au prix de 87 francs en 1re classe et de 64 francs en 2e classe, comportent la faculté d'aller de Paris en Suisse par l'un quelconque des points-frontière ci-dessus dénommés et de revenir, soit à P.-L. M par l'un quelconque de ces points, soit à Paris-Est par Delle-frontière ou par Bâle-Petit-Croix. Ils sont délivrés exclusivement aux voyageurs qui prennent, en même temps, une carte d'abonnement suisse de 15 30 ou 45 jours, valable sur les principaux chemins de fer et lignes de navigation suisses.

Les prix des abonnements généraux suisses sont les suivants :

Abonnement de 15 jours : 1re classe, 80 fr.; 2e classe, 55 fr., 3e classe, 40 fr.; abonnement de 30 jours : 1re classe, 120 fr, 2e classe, 85 fr.; 3e classe, 60 fr.; Abonnement de 45 jours : 1re classe, 160 fr.; 2e classe 110 fr.; 3e classe, 80 francs.

En outre des prix ci-dessus, il doit être versé un dépôt de garantie de 5 francs qui est remboursé au moment de la restitution de la carte.

Pour plus de détails, consulter le Livret-Guide-Horaire P.-L.-M., en vente sur le réseau au prix de 0 fr. 50.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Le Traitement scientifique pratique de la Tuberculose pulmonaire (*Conférences faites à l'Hôpital Necker*), par Louis Rénon, professeur agrégé à la Faculté de Paris, médecin de l'Hôpital Necker. (Masson).

On retrouve, dans cet excellent ouvrage, les qualités maitresses du Dr Rénon : science profonde, documentation extrême et très grande clarté dans l'exposition. Le Dr Rénon est un merveilleux thérapeute que l'Académie guette et ce livre sera accueilli avec grand succès par les praticiens.

Comme le dit son titre, cet ouvrage est à la fois scientifique et pratique. Il est tenu au courant des dernières acquisitions d'allure scientifique faites en phtisiothérapie, et il donne le moyen de les appliquer pratiquement.

Les 14 conférences contenues dans le volume portent sur le *Traitement rationnel* (hygiène, cure d'air et de repos, psychothérapie, diététique), sur les *Médications biologiques par les sérums et les tuberculines* (divers sérums et leurs indications, diverses tuberculines et leurs applications), sur la *Chimiothérapie* (reminéralisation, recalcification, médications antiseptiques, toniques, lipoïdales, colloïdales), sur la *Physiothérapie* (héliothérapie, climatothérapie, électrothérapie, radiumthérapie, crénothérapie), sur l'*Opothérapie* (diverses opothérapies simples et associées) et enfin sur le *Traitement chirurgical* (méthode de Bier, pneumotomie et pneumectomie, pneumothorax artificiel, pleuropneumolyse, opération de Freund).

Dans la première conférence, l'auteur discute l'*Esprit d'un traitement vraiment scientifique de la tuberculose.* Il montre que, malgré les progrès incontestables accomplis depuis quelques années, progrès qui ont amélioré le sort des tuberculeux et dont on aurait grand tort de les priver, il n'existe pas encore de médication spécifique réelle de l'affection.

Annuaire et Guide pratique d'Hygiène, par un Comité d'hygiénistes, sous la direction du Dr P. Lassablière, chef de laboratoire à la Faculté de Médecine de Paris. (Jouve).

Sous son élégante couverture bleue, c'est assurément l'*Annuaire* le plus complet et le *Guide* le plus pratique qui ait paru de longtemps sur les questions d'hygiène.

Il est très pratique parce qu'il possède une table alphabétique étudiée et composée avec un soin extrême et un sens rare de l'utilisation immédiate. On l'ouvre, un coup d'œil, et l'on a à l'instant les indications souhaitées.

Il est très complet parce que, sans exception, tous ceux qui par fonction ou par occasion ont besoin d'un renseignement relatif à l'hygiène, qu'il s'agisse d'hygiène générale ou d'hygiène spéciale, trouveront dans cet ouvrage *tous* les éclaircissements nécessaires et officiels.

Des punitions chez les enfants, par le docteur O'Followell.

Aussi bien écrit que documenté, ce livre a été classé premier au concours par la Société d'Hygiène de l'Enfance qui a décerné à l'auteur une médaille d'or.

Pour les pères de famille, pour les médecins, pour les instituteurs et pour tous ceux qu'intéresse la grande question de l'éducation de la jeunesse, cet ouvrage du Dr O'followell constitue une lecture des plus attrayantes, des plus instructives et des plus utiles. — (En vente chez l'auteur.

La fièvre méditerranéenne, par le Dr Lemanski, de Tunis (Steinheil).

C'est une mise au point synthétique. La maladie n'est pas nouvelle. Elle est connue à Malte depuis 1863, en Italie (1877), en France (1893). Nos médecins de Tunisie la reconnaissaient cliniquement dès les premières études anglo-italiennes. M. Lemanski a fait œuvre personnelle quand il a étudié le syndrome-type qu'il appelle « syndrome de Bruce à forme ondulante avec constipation, sueurs, arthralgies ». C'est avec juste raison qu'il insiste sur les formes hypertoxiques, sur la certitude diagnostique par l'hémoculture, sur la réceptivité des Israélites (cause hygiénique), sur la simplicité de la prophylaxie et sur l'efficacité du traitement.

C'est un ouvrage qui doit être lu par tous les praticiens coloniaux et européens. Dr D. Scialom, de Tunis.

Les préjugés en oto-rhino-laryngologie, par le Dr J. Bosviel. — (Maloine.)

Comment peut-on être arrivé jusqu'à notre époque sans qu'un tel sujet ait été encore traité. — C'est ce qu'on se demande en lisant cet ouvrage si instructif, en même temps si spirituellement écrit. — Toujours est-il que les préjugés y passent un mauvais quart d'heure, et ce n'est que justice. — Ils nous ont fait tant de mal à nous médecins, qu'il est bien juste que l'un des nôtres, d'une plume alerte et railleuse, leur rende ce qu'ils nous ont fait. — Nous ne nous en plaindrons pas, et nous féliciterons l'auteur de les avoir dénoncés une fois pour toutes et mis dans l'impossibilité de nuire.

Tous les médecins voudront lire ces pages, et je les avertis d'avance qu'ils ne s'en repentiront pas.

Formulaire des spécialités pharmaceutiques pour 1911, par le Dr V. Gardette. — (Baillière.)

Le but du Dr Gardette a été d'essayer d'être utile à ses confrères en leur donnant sur les spécialités pharmaceutiques les plus usuelles les renseignements nécessaires pour leur permettre de les prescrire quand ils le désireront.

Le succès rapide de ce petit livre arrivé à la 5e édition a montré qu'il répondait à un véritable besoin.

Les notices qui signalent l'apparition d'une spécialité nouvelle ou rappellent une spécialité déjà ancienne sont le plus souvent inutiles parce qu'elles ne donnent pas d'indications sur les composants et les doses de cette spécialité, et omettent même très souvent de dire sous qu'elle forme elle est présentée (granulé, sirop, solution ou pilule). Les brochures explicatives dont tous les praticiens sont inondés sont trop longues, trop diffuses, on ne les lit pas. Et puis au moment de prescrire une spécialité, si la mémoire fait défaut, la notice n'est pas juste à temps voulu sous la main pour la rafraichir.

La nouvelle édition de ce formulaire est divisée en trois parties.

Dans la *première partie*, les spécialités sont indiquées par ordre alphabétique. C'est dans cette première partie qu'on devra en chercher la composition et la dose.

La *deuxième partie* donne par ordre alphabétique le nom de chaque fabricant avec son adresse et l'indication de toutes les spécialités qui lui appartiennent.

La *troisième partie* reprend les spécialités dans leur ordre alphabétique et donne l'indication de leur fabricant dans une parenthèse qui figure après le titre de la spécialité, si le nom du fabricant n'est pas compris dans le libellé de ce titre.

Revue des médicaments nouveaux et de quelques médications nouvelles, par C. Crinon, pharmacien de 1re classe, ex-interne lauréat des hôpitaux de Paris. — (Vigot frères.)

Dans la dix-huitième édition qu'il publie aujourd'hui M. Crinon a introduit les médicaments nouveaux ayant fait leur apparition dans le courant de l'année qui vient de s'écouler.

Continuant de se conformer au système qu'il a adopté dans le principe, M. Crinon a conservé peu de place aux substances encore peu étudiées et ne paraissant pas destinées à un véritable avenir thérapeutique, et les développements dans lesquels il est entré ont été, en général proportionnés à l'importance réelle ou présumée des médicaments.

Le plan de l'ouvrage est resté le même : on y trouve indiqués sommairement et successivement, pour chaque substance, le mode de préparation, les propriétés physiques et chimiques, les caractères distinctifs, l'action physiologique, l'action thérapeutique, les formes pharmaceutiques qui se prêtent le mieux à son administration, et enfin, les doses auxquelles elle peut être prescrite.

L'Année électrique, par le Dr Foveau de Courmelles (Béranger, éditeur, Paris 1911).

L'*Année électrique* du Dr Foveau de Courmelles, constitue un livre utile, attrayant, bourré de documents, et qui est une mise au point parfaite des questions électriques et radiologiques de l'année précédente.

Cette revue d'ensemble comprend des articles très intéressants sur l'appareillage électrique, sur la lumière, sur le chauffage, la traction électrique, le téléphone, la télégraphie sans fil, l'hygiène et la sécurité électrique, l'électro-physiologie du cœur, des actions diverses de la d'Arsonvalisation, soit en applications générales, soit en applications locales, de la thermo-pénetration, de la fulguration et de l'électro-coagulation.

L'action cicatrisante de l'air chaud, son action sur les manifestations arthritiques, sur les naevi, a été mise en évidence. Citons encore les articles sur l'ionisation.

La partie du livre consacrée à la radiographie est peut-être plus complète encore, si possible. L'auteur insiste sur les derniers progrès de la radiographie, radiographie instantanée, radiographie stéréoscopique.

Les derniers chapitres du livre sont consacrés à la photothérapie, au radium, à la radio-activité, etc.

Formulaire des médicaments nouveaux pour 1911, par H. Bocquillon-Limousin, docteur en pharmacie de l'Université de Paris. (Baillière).

Ce *Formulaire*, écrit avec concision et clarté, a comblé heureusement une lacune : il réunit et étudie, avec toutes les indications pratiques qu'elles comportent, les acquisitions modernes de la thérapeutique.

L'année 1910 a vu naitre un grand nombre de médicaments nouveaux ; le *Formulaire* de Bocquillon-Limousin enregistre les nouveautés à mesure qu'elles se produisent. L'édition de 1910 contient un grand nombre d'articles sur les médicaments introduits récemment dans la thérapeutique et qui n'ont encore trouvé place dans aucun formulaire, même dans les plus récents.

A propos de tous ces médicaments (et ils dépassent le nombre de 500) l'auteur a exposé tout ce que l'on doit savoir : la synonymie, la description, la composition, l'acte physiologique, les propriétés thérapeutiques, le mode d'emploi, les doses.

La rétention azotée et le régime hypoazotée au cours des néphrites (*Consultations médicales françaises*, fascicule 27), par le Dr J. Castaigne, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux. (Poinat).

L'Hémophilie et son traitement (*Consultations médicales françaises*, fascicule 25), par le Dr Marcel Labbé, professeur agrégé à la Faculté de médecine des hôpitaux. (A. Poinat).

Annuaire du service de santé 1911.

L'édition arrêtée au 1er avril 1911, de l'*Annuaire général des officiers du service de santé*, vient d'être publiée par la librairie Lavauzelle. Cet ouvrage, mis au point d'après les textes les plus récents et scrupuleusement tenu à jour, constitue un recueil précieux d'indications extrêmement utiles et d'ordres très divers.

Il contient, avec l'énumération de tous les médecins, pharmaciens ou officiers d'administration du service de santé, l'indication de leur état civil, de leur ancienneté, de la suite de leurs services et de leur affectation actuelle.

Le Couteau, essai dramatique sur les limites du droit chirurgical, par le Dr Espé de Metz. Grasset, 8, rue des Saints-Pères.

Un cas de conscience traité et résolu à l'aide de tableaux dignes du Grand-Guignol, voilà comment il conviendrait de définir le nouveau roman dialogue du Dr Espé de Metz, si la trame violente de l'œuvre ne tirait, malgré tout, sa valeur essentielle de l'ingéniosité et de la richesse du détail qui l'agrémente. Encore que par sa violence contre les concours officiels et par la création d'un type de médecin qui restera, le Professeur Manitov, *le Couteau* soit la satire, sans aucun doute exagérée d'un milieu médical, l'ouvrage, par son envergure, déborde amplement l'intérêt d'ailleurs primordial, qui se doit à l'examen des defaillances professionnelles. Il vise plus haut, il est pétri d'idées générales et les conceptions hardies sur les grands problèmes d'actualité y foisonnent. C'est un livre indispensable à quiconque aime réfléchir et philosopher, mais c'est aussi un livre pour tous ceux qui ne demandent à la lecture que de les faire sentir, rêver, rire et pleurer. En un mot *le Couteau* est l'œuvre d'un écrivain qui, rompu aux subtilités psychologiques, averti, autant que faire se peut, des transformations sociales et des nécessités de l'évolution, réussit à empoigner son lecteur, par un emploi extrêmement original, tout à fait personnel, des grands trucs classiques : l'amour, la pitié et l'horreur Il est pénible toutefois de voir mettre entre les mains du public de telles critiques du corps médical, critiques que ce public généralisera à l'ensemble de la profession déjà en butte à tant d'attaques !

REVUE FINANCIÈRE

La situation s'éclaircit au Maroc, les nouvelles de New-York sont bonnes : le marché est au beau. La Société Générale comme nous l'avions prévu est montée. La voici à 775 fr. en attendant mieux. Les Québec Railway ont atteint 341 fr. justifiant nos pronostics. On assure que cette valeur présente encore une marge de plus-value. Nous estimons que le chemin parcouru est déjà très beau et nous engageons ceux qui suivent nos conseils à réaliser leurs bénéfices.

On recommande toujours en Bourse la Lonély comme valeur très intéressante.

Les Raffineries d'Egypte sont réellement basses à 79 francs les ordinaires. Elles ne peuvent que subir une hausse.

Comme nous le présagions les valeurs mexicaines ont bien monté cette semaine.

Les valeurs espagnoles sont en bonne posture bien influencées par notre bon accord avec l'Espagne au sujet des nouveaux événements du Maroc.

A. S. Weil.

82e Année (Série XIIIe) — N° 93 | Le Numéro : 25 Centimes | Mercredi 10 Mai 1911

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

Abonnements et Vente au Numéro
Librairie Médicale J. ROUSSET
1, Rue Casimir-Delavigne
PARIS

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale........ 15 fr.
Edition Espagnole.... 10 fr.
Edition Portugaise.... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

DIRECTION & RÉDACTION
11 bis, Rue Villebois-Mareuil, PARIS
DIRECTEUR :
Dr LUCIEN GRAUX
Lauréat de l'Institut

Ancienne *Gazette de Santé*
(139e Année)

Hors concours, Membre du Jury
Exposition franco-britannique 1908
Vice-Prés. Expos. Bruxelles Cl. 16

ÉCHOS

Association Générale de Prévoyance et de Secours Mutuels des Médecins de France, 5, rue de Surène, Paris.

L'Assemblée générale ordinaire a procédé au renouvellement partiel du Conseil d'administration Ont été nommés :

Vice-présidents : MM. Bellencontre, Gairal et Cassot ;

Secrétaire général : M. Levassort.

Secrétaires des séances : MM. Hiard et Watelet;

Membres du Conseil général : MM. Ball, Bibaut, Bondin, Rouland, Butte, Clauzel-Vialard, Dignat, Fignet, Vimont, Depasse, de Paris, Barbauneau (Vendée), Bauzon (Saône-et-Loire), Dengler (Jura), Saquet (Loire-Inférieure).

Les travaux dans les Hôpitaux.

Le Conseil municipal vient d'approuver une dépense de dix millions, à prélever sur les fonds provenant du grand emprunt pour faire des travaux dans les hôpitaux et hospices.

C'est ainsi que 1.300.000 francs seront affectés à la reconstruction de l'hôpital Cochin; 300.000 fr. à l'agrandissement du magasin central; 3 millions à de grosses réparations telles que 1.840.000 francs pour la transformation de l'Hôtel-Dieu; 100.000 fr. à Broussais; 266.000 francs à Bicêtre; 150.000 fr. aux Enfants-Malades, etc. Les réserves de linge mobilier seront augmentées de 100.000 francs; enfin 100.000 francs seront dépensés pour l'agrandissement du sanatorium d'Hendaye et 40 000 francs pour une salle de conférences à la nouvelle Pitié.

POSTES MEDICAUX

DEMANDES

Il n'est donné de réponses que par lettres.

Docteur, disposant de capitaux, s'intéresserait dans affaire para-médicale serieuse. (940)

Jeune docteur cherche clientèle de médecine générale, Paris exclusivement. Paierait comptant. (941)

Ex-interne des hôpitaux, ayant de nombreuses relations dans le monde médical, s'intéresserait dans clinique ou maison de santé sérieuse. (942)

Docteur désirerait bon poste de campagne, seul, dans région de l'Ouest. Vendée de préférence. (943)

Médecin militaire, retraité, deux galons, cherche situation dans sanatorium, clinique ou maison de santé sérieuse, dispose de 35 à 40,000 comptant. (944)

Docteur prendrait de suite poste faisant de 12 à 15,000 touchés. Normandie de préférence. (945)

Docteur âgé, cherche bonne clientèle de consultations à Paris ou dans préfecture. (946)

Docteur prendrait suite d'un confrère dans grande banlieue de Paris : Oise, Eure-et-Loir de préférence. (947)

Médecin-pharmacien cherche à utiliser son diplôme. accepterait situation dans spécialité médicale ou pharmaceutique. Peu exigeant. (948)

Docteur, disposant de 20.000 comptant, prendrait suite d'un confrère dans la Nièvre et départements limitrophes. (949)

OFFRES

Nous prions les confrères qui voudraient céder leurs clientèles maisons de santé, cliniques, etc. et les pharmaciens qui cherchent des commanditaires pour leurs spécialités de nous écrire au Journal.

PARIS (Ve arrondissement). — Clientèle rapportant 9,000 dans quartier bourgeois, plein d'avenir, est à céder pour 6,000, moitié comptant, bel appartement, augmentation rapide et certaine. Cause de maladie. (960)

ORNE. — Poste agréable et d'avenir, 9,000 touchés, à céder pour raisons de famille. Indemnité à débattre. (961)

PARIS. — Clientèle exclusivement de consultations, trois jours par semaine, gynécologie, voies urinaires; à céder pour une annuité. Pas de publicité. (962)

CHAMPAGNE. — A céder poste dans grande ville, recettes 1-,000, peu de frais, belle installation. Prix demandé 10,000. Pressé. (963)

PARIS. — Clientèle ouvrière. Recettes 20,000 touchés à céder pour une annuité. (964)

OISE. — Belle clientèle faisant 16,000 touchés, habitation confortable, jardin, à céder pour 10,000. (965)

NIÈVRE. — Poste sérieux donnant entre 16 et 20,000 touchés. Clientèle agréable et sûre, belle habitation, cour, jardin, etc., à céder pour raison de santé. Pressé. (966

NORMANDIE. — A céder de suite dans chef-lieu de canton, à proximité de grande ligne, très bon poste rapport 12 à 14,000 touchés, en plein développement. Conditions à debattre. (967)

Docteur reprendrait bonne clientèle de médecine générale, à Paris exclusivement. (950)

Docteur, disposant de 20,000 comptant, prendrait poste dans grande banlieue de Paris ou Normandie. (951)

Docteur, libre de mars à octobre, ferait des remplacements, même de longue durée, n'importe où. (952)

Docteur, ancien interne des hôpitaux, s'intéresserait à une affaire para médicale sérieuse laissant des bénéfices non inférieurs à 20,000. (953)

Docteur venant de province, cherche poste de médecine générale dans la banlieue de Paris, dispose de 20,000 comptant. (954)

Pharmacien achèterait bonne spécialité, dispose d'un fort comptant. (955)

ARDÈCHE. — Seul pour une population de 8,000 habitants au moins. Recettes 9,000 (dont 1,200 de fixes) peuvent être facilement augmentées; appartement confortable donné gratuitement par la commune. Une auto. Indemnité demandée 3,500, moitié comptant. Prix de l'auto à débattre. (956)

EST. — A céder, grande ville de l'Est, pour raison de santé, poste 15,000 touchés, tout à fait transmissible, comptant demandé 7,000. Pressé. (957)

PARIS (XVIIe arrondissement). — Clientèle donnant 14,000 touchés, augmentation certaine avec confrère actif, quartier populeux, appartement confortable, céderait mobilier à volonté. Comptant minimum demandé, 10,000. (958)

EST. — A céder poste laissant de 11 à 12,000, peu de frais. Loyer 750. A centre petite ville. (959)

INDRE. — Clientèle acile rapportant 17,000 touchés, peu de frais, à céder pour 10,000; matériel en plus à volonté. (968)

EURE. — Seul dans la localité, clientèle de 15 à 18,000 touchés dont 5,000 de fixes transmissibles, à céder pour 13,000. (96.)

HAUTE-SAONE. — Excellente clientèle de chef lieu de canton très transmissible, 14,000 touchés, maison entière, jardin, remise, écurie, etc. Indemnité demandée 5,000, dont moitié comptant. Très pressé. (970)

ÉCHOS

La Chine préfère la Peste.

A la conférence contre la peste, dont les dernières séances ont eut lieu à huis clos, sur la demande des commissaires chinois, les délégués ont éprouvé de la résistance du côté des médecins chinois dès qu'ils ont essayé d'amener une solution sérieuse de la question.

Les délégués se sont partagés en trois camps : Le premier se compose de la Russie, du Japon, de la Hollande, de la France, de l'Italie et du Mexique.

Le deuxième comprend l'Angleterre, l'Amérique et la Chine.

Entre ces deux camps sont placées l'Allemagne et l'Autriche.

La Chine a déclaré qu'elle ne pouvait accepter que des propositions pratiques en ce qui concerne la lutte contre la peste pulmonaire. Elle est appuyée sur ce point par l'Amérique et l'Angleterre.

Les autres délégués se sont efforcés d'élargir le programme. Les représentants des pays les plus intéressés, c'est-à-dire de la Chine et du Japon, ont soutenu leurs propositions avec une grande énergie. Mais la conférence a repoussé leurs prétentions catégoriques. Les délégués étrangers ont déclaré d'un commun accord que la conférence était sans portée pratique et sont partis pour Pékin, où ils demanderont une audience au régent.

Un monument au professeur Poirier.

Une souscription est ouverte à Granville, pour l'érection d'un buste au professeur Poirier.

On sait que le grand chirurgien avait laissé à sa ville natale une somme de 150.000 francs. Ce legs a été employé à la fondation d'une maternité. C'est devant cet établissement que sera érigé le buste de notre éminent et regretté maître.

Vocabulaire des clients.

Lors de mon conseil de revision, j'attendais mon tour dans la salle, près de la porte gardée par un pandore.

Un major, après avoir examiné un conscrit, s'était retourné vers les membres du Conseil en disant : « Ajourné, varicocèle! »

Distrait, je n'avais pas entendu. Je demande au gendarme : « Qu'a-t-il dit? » Et le pandore de me répondre : — « Ajourné, haricot sec. »

Dr GAZAVE.

Les avantages des monopoles.

La régie du tabac n'exporte par an que pour 1,44 0/0 de son chiffre d'affaires.

On vendait autrefois, avant le monopole, pour 10 millions de francs d'allumettes à l'étranger. La régie en exporte actuellement jusqu'à 29.951 francs et vient de baisser encore de 1.950 francs. Ce sont des sources de richesse perdues pour la France.

Encombrement médical.

Le nombre des médecins de la Grande-Bretagne dépasse actuellement 40.600, d'après le *Medical Directory* de 1911. La ville de Londres comptait, à elle seule, plus de 6.400 médecins, au courant de l'année dernière.

La guerre aux mouches.

Une campagne énergique, dirigée de New-York par le docteur W. Hornadog, directeur du jardin zoologique de Broux-Park, s'organise aux Etats-Unis pour la destruction des insectes nuisibles. Le moustique et la mouche de maison sont particulièrement visés. Depuis qu'on a reconnu son rôle actif dans la propagation de la fièvre typhoïde, la mouche est traitée sans merci; et il se fonde un peu partout des ligues pour sa destruction. Il vient de s'en fonder une à Washington qui, par l'intermédiaire des instituteurs, paie 4 cents (0 fr. 20) aux enfants pour chaque centaine de têtes de mouches qu'ils rapportent; les écoliers accueillent cette mesure avec enthousiasme. (*La Nature.*)

Montres médicales

M. Auricoste, horloger de la marine de l'Etat et de l'Observatoire, 10, rue la Boétie, Paris, fournit des montres médicales d'une précision remarquable (maximum de variation : quelques secondes par mois), et d'une solidité garantie. Il envoie gratuitement la brochure détaillée *réservée* au corps médical et accepte par suite de son traité avec la *Gazette médicale de Paris* le paiement par mensualités.

Uréthrite impériale simple non gonococcique.

D'après la *Chronique médicale*, Frédéric le Grand aurait avoué à Voltaire une blennorrhagie qui, par sa longue durée et par son caractère douloureux, parait avoir été de nature gonococcique. Un autre grand capitaine, Napoléon Ier, a raconté sur lui-même une aventure analogue, mais moins grave. Voici, textuellement, cette confidence faite au général Gourgaud, à Sainte-Hélène :

« Après le Consulat je travaillais tant que j'eus « un échauffement. Boyer, que je fis venir, me dit « crûment ce qu'il croyait. Cela me fit concevoir « d'étranges soupçons sur Joséphine, car j'étais sûr « de moi. Je demandai à Boyer si cela pouvait provenir d'une autre cause. Il rejeta le mot échauffement : je l'assurai que c'était sûrement un rhume « et je lui dis qu'en parlant à un homme comme « moi il devait peser ses paroles. Enfin il me fit « faire une caisse pour prendre des bains de vapeur. « Le lendemain on me posa des sangsues et je fus « guéri. »

Quoique trop écourtée, cette curieuse confidence permet cependant de conclure à une uréthrite non spécifique. Sans doute les antécédents de Napoléon, pas plus que ceux de Joséphine, n'excluent l'idée d'une ancienne gonococcie, réchauffée par une cause ou par une autre. Mais la rapidité de la guérison indique une uréthrite banale, non virulente et peut-être traumatique.

Napoléon Ier a souffert pendant toute sa vie de crises très douloureuses de dysurie. Il était certainement atteint de gravelle : son autopsie a fait voir des graviers et quelques petits calculs dans la vessie. Peut-être l'échauffement en question a-t-il produit par le passage d'urines irritantes, chargées de poussières?

Cette anecdote montre aussi que le célèbre Boyer, qui devint plus tard baron de l'Empire et grand pontife de la chirurgie, ne possédait pas encore, au temps du Consulat, le tact et la réserve qui conviennent aux médecins de cour. Sous Napoléon III, le malin et spirituel Ricord n'aurait pas commis cette gaffe. Pour expliquer les échauffements des têtes couronnées et des gens du grand monde, il avait une théorie commode : c'est celle qui est contenue dans sa célèbre « recette pour attraper la chaude-pisse ».

Dr MALJEAN.

Une statue au Professeur Albarran.

La ville de Sagua la Grande (Cuba) vient d'élever une statue au Professeur Albarran, en hommage au chirurgien et au professeur dont le nom et la célébrité sont un honneur pour Cuba.

Un ennemi des moustiques.

Le vétérinaire colonial Gibson et l'inspecteur Watson ont vu une mouche manger les larves de moustiques dans les mares à Kennedy-Town (Hong-Kong). Austen, le diptérologiste du British Museum, a identifié cette mouche qu'il a reconnue de l'espèce *Lispa smeusis*, famille des *Anthomyidæ*

Les Limites de la Thérapeutique

Par le Docteur André LOMBARD

Il peut sembler inutile d'évoquer les limites de la thérapeutique, à l'heure précisément où les découvertes des savants semblent autoriser tous les espoirs et justifier toutes les illusions ; mais ce sont ces découvertes qui mettent à l'ordre du jour des préoccupations médicales cette question si étroitement rattachée à la doctrine du vitalisme.

Toutes les générations se sont toujours nourries des espoirs les plus grands pour chercher la suppression de la douleur, la disparition de la maladie, le prolongement de la vie humaine; mais il semble que plus soient grands ces espoirs, plus ils soient vains et chimériques. Il faut envisager, en effet, ce qu'est la thérapeutique, ce qu'elle a donné et ce qu'elle peut promettre, son but et ses moyens. Nous devons la considérer différemment, selon qu'elle s'adresse à l'individu ou à un groupement d'individus, à la Société.

Elle est proprement l'art de guérir, mais les recherches modernes ont considérablement étendu son domaine et en ont fait aussi l'art de prévenir les maladies. De symptomatique, elle est devenue hygiénique. Selon le tempérament des médecins ou selon les doctrines qui prévalent, elle est expectante ou bien diététique; elle est symptomatique ou pathogénique; elle est prophylactique. Dans toutes ses modalités nous la mettons chaque jour en œuvre, soit que nous tirions secours et profit des médicaments du règne minéral, végétal ou animal, soit que nous demandions le concours des agents physiques, soit que nous fassions — volontairement ou non — de la psychothérapie, de la suggestion; soit enfin que notre seule présence, comme il se voit souvent, réconforte le malade et aide puissamment à son rétablissement.

Les notions de contage, de prophylaxie, d'anaphylaxie, de tout temps observées, mais que les recherches récentes ont permis d'expliquer, ont suscité chez les thérapeutes bien des espérances et bien des illusions. C'est par ces notions que la thérapeutique individuelle touche à la thérapeutique sociale. Nous ne voulons point nous étendre sur les maladies morales de l'humanité, superposables aux maladies somatiques; qu'il nous suffise de parler de celles qui ne sont sociales que parce qu'elles s'adressent à de grandes collectivités et menacent les peuples et les races. Eliminons même les affections toxiques, résultant de l'alcool, du tabac, du plomb, ou celles qui peuvent rentrer dans la catégorie des maladies professionnelles. Ne conservons que celles qui relèvent nettement d'une infection ou d'une toxi-infection. Tous les microbes sont capables d'en créer, et la bactériologie révèle leur étiologie, de même que la parasitologie permet d'assigner une cause à certaines maladies encore peu étudiées et peu connues. C'est pour quelques-unes de celles-ci, telle la maladie du sommeil, que l'étude de l'histoire naturelle, comme s'est attaché à le démontrer le professeur Blanchard, a été et sera encore d'un grand secours.

Peu d'années après que le sérum de Behring-Roux avait fait espérer que la diphtérie est vaincue désormais — et il es certain que la mortalité et la morbidité on considérablement diminué — la notion de l'anaphylaxie venait dérouter nos esprits. C'est le nom sous lequel le professeur Richet a désigné le contraire de la protection (phylaxie). Une toxine injectée à un animal, et sans aucune conséquence morbifique actuelle, crée, chez cet animal, un état de sensibilité à cette toxine tel qu'une nouvelle dose, qui eût dû être insuffisante pour provoquer aucun trouble si la première injection n'avait pas eu lieu, développe aussitôt des accidents formidables.

Or, si nous avons avec le sérum antidiphtérique le moyen de guérir la diphtérie confirmée et de la prévenir au moins pendant quelques semaines, avons-nous le droit d'appliquer ce traitement sérique à des malades atteints d'angines qui ne sont pas diphtériques? Avons-nous le devoir de l'injecter à un même enfant chaque fois qu'il se trouve exposé à la contagion? L'accord est-il fait aujourd'hui entre les bactériologistes et les cliniciens sur ce qu'il convient d'appeler diphtérie, selon la variété des bacilles et selon leurs associations?

Si même nous admettons qu'un sérum spécifique d'une maladie microbienne, actif dans cette maladie — la diphtérie par exemple — dont l'agent est incontestablement plus virulent et moins facilement destructible qu'un autre microbe — le pneumocoque, par exemple —; si nous admettons que ce sérum possède aussi une action non spécifique, et est curateur dans la pneumonie et les pneumococcies, et que les circonstances s'opposent à l'emploi d'une autre médication ou fassent préférer celle-ci, devons-nous en priver le malade, dans la pensée que des accidents anaphylactiques se peuvent produire si le patient contracte la diphtérie plus tard? En outre, quelle sera la résistance aux microbes ou aux sérums spécifiques des descendants de ceux qui auront reçu des injections curatives ou préventives de ces sérums spécifiques?

L'expérience clinique nous montre que les gonocoques, les streptocoques, les staphylocoques, au lieu de conférer l'immunité par une première atteinte, favorisent au contraire les récidives des infections qu'ils provoquent.

Le bacille typhique crée sans doute l'immunité, et il est exceptionnel qu'on ait deux fois la fièvre typhoïde, comme la rougeole ou la scarlatine : les observations n'en sont cependant pas rares, malgré la tendance fréquente — pour plier les événements aux conceptions théoriques — à dire qu'une erreur de diagnostic a été ou pu être commise lors de la première maladie.

La syphilis confère à peu près sûrement l'immunité, du moins dans l'état actuel de nos connaissances.

La tuberculose peut être envisagée de deux façons à cet égard ; mais, comme on n'a, malgré tout, aucune donnée bien précise à ce propos, chacun de nous a plutôt une impression personnelle qu'une opinion solidement étayée. Si les tuberculoses primitives osseuses, articulaires, ganglionnaires ou cutanées peuvent souvent constituer une sorte de vaccination, il ne semble pas en être de même quand la tuberculose est d'emblée viscérale. Encore faut-il que la bacillose, dans le premier cas, ait été reconnue et soignée et que le foyer en soit nettement localisé. Et c'est seulement, sur ce chapitre de pathologie générale, l'exposé d'une opinion.

Quand un microbe se développe ou acquiert sa virulence dans nos tissus, c'est qu'il y trouve un milieu de culture et de développement convenable. Mais, en même temps que de ce microbe devenu virulent, notre organisme est l'habitat normal de nombreuses espèces bactériennes qui y vivent sans dommage pour lui ou même constituent une des conditions de sa vie normale par les transformations qu'ils font subir aux matériaux de l'alimentation.

Survienne un coup de froid, une cause extérieure ou morale dommageable à l'organisme, l'action des microbes utiles peut diminuer ou cesser; tandis que les microbes indifférents, ou encore non virulents (pneumocoque, streptocoque, staphylocoque), prolifèrent et acquièrent aussitôt une virulence telle qu'ils créent la maladie.

Mais, en créant cet état, ils modifient vraisemblablement leur milieu de culture ; je sais bien qu'on peut dire aussi — et le fait est quelquefois exact — que ce sont précisément des changements primitifs dans le milieu de culture qui ont favorisé la prolifération du microbe et l'exaltation de sa virulence : ce sont deux aspects pathogéniques d'un même problème clinique. Or, ce milieu chimique si complexe que constituent nos tissus et nos humeurs est dans un état d'équilibre parfaitement instable; la fatigue suffit à le modifier; de même un excès alimentaire; de même l'action du froid; de même une émotion. Tout ceci crée des modifications dans l'activité des phagocytes.

Sous l'influence de changements physiques ou chimiques dans les humeurs, changements qu'ils provoquent même peut-être, les leucocytes perdent leurs facultés défensives de l'organisme; la phagocytose est atténuée ou supprimée, aussi bien que la sécrétion des substances sensibilisatrices.

Tandis que les modifications physico-chimiques du milieu humoral rendent l'organisme habitable à certains microbes qui normalement ne s'y développent pas, ou y vivent seulement à l'état de saprophytes, elles suppriment les conditions normales d'existence d'autres microbes ou bactéries ou ferments jouant un rôle utile. Ces modifications peuvent être passagères ou permanentes. Dans le premier cas, après la guérison, les microbes anormaux disparaissent; les saprophytes recommencent leur existence normale. Dans le second cas, les modifications humorales seront telles, par suite de la défense de l'organisme, que les microbes morbifiques ne pourront qu'exceptionnellement retrouver dans ce même organisme des conditions favorables sinon de végétation, du moins de vie avec exaltation de virulence. Les porteurs de germes typhiques en sont un exemple qui, ayant été atteints de fièvre

typhoïde, sont généralement inaptes à contracter de nouveau cette maladie, mais la propagent. De même voyons-nous les bacilles de Lœffler persister chez les diphtériques, et les porteurs de ces bacilles être d'actifs agents de leur dissémination.

Soit que le mercure constitue pour le spirochète un agent toxique, sur qui il aurait une action directe; soit que, comme l'argent, comme l'iode pour certains microbes, et peut-être aussi pour ce spirochète, il modifie le milieu de culture et le rende infertile, *in vivo* comme *in vitro*, son action n'est niable par personne dans la syphilis; celle de l'arsenic est acceptée par beaucoup.

Si, par un mécanisme quelconque, agent chimique ou sérum organique, l'on peut concevoir que l'organisme devienne infertile aux agents infectants, il ne s'ensuit pas pour cela que l'humanité soit délivrée de ces maux. De même que les microbes s'accoutument à l'action des antiseptiques, qu'ils se mitbridatisent, si l'on peut ainsi parler, et vivent malgré ceux-ci; de même, si on les change de terrain, ils reprennent la vie et augmentent de virulence; ainsi en conservera-t-on les cultures qui, trop vieilles, même ayant été très actives, ont perdu à peu près tout pouvoir nocif.

D'autre part, dans les conditions actuelles, ne voyons-nous pas le Bacillus subtilis résister à l'ebullition et n'être jamais nocif? En raison de l'adaptation des espèces, et en face des modifications humorales que la thérapeutique fait subir ou tente de faire subir à notre organisme, pour le rendre réfractaire aux invasions microbiennes ou le débarrasser de ces infections, ne devons-nous pas songer que nous entreprenons contre la maladie une lutte vaine? Tel saprophyte, aujourd'hui inoffensif pour le milieu humoral dans lequel il vit, prendra, dans un milieu humoral different, des qualites différentes aussi qui en feront peut-être un germe morbifique redoutable, ses conditions de vie étant changées. Quel rêve que celui d'une « therapia sterilisans magna », mais dont il ne nous appartient sans doute pas de souhaiter la réalisation! A chaque modification de l'organisme, dont le sens et l'importance nous échappent, doit correspondre une modification humorale que nous sommes impuissants à connaître : nous ne la pouvons apprécier que par ses effets, que par les réactions individuelles. Les infiniment petits ont aussi des réactions, et toujours, finalement, ils s'adaptent aux milieux, semblant parfois perdre une virulence qu'ils recouvrent dans des conditions plus favorables. Si la stérilisation de tous les spirochètes peut être envisagée, ne peut-on croire en même temps que d'autres microbes — analogues ou non — prendront leurs lieu et place? Si l'on peut admettre la guerison de la tuberculose, non pas chez un seul individu, mais de la tuberculose, maladie sociale, n'a-t-on pas à redouter que les mêmes causes qui l'ont engendree ou ont facilité son éclosion — causes qu'il n'appartient pas au médecin de supprimer — n'a-t-on pas à redouter que l'organisme, rendu réfractaire au bacille de Koch, ne soit plus vulnérable par un autre agent et ne puisse devenir le siège d'une autre maladie redoutable, due à tel bacille paratuberculeux ou à tel saprophyte aujourd'hui inoffensif?

Sans doute, depuis qu'on parle de microbes, bien des esprits pensent que, si l'on supprime le microbe-cause, on supprime en même temps la maladie-effet, et il est vraiment d'une conception trop simpliste de croire qu'avec un agent thérapeutique on peut stériliser un organisme! Il convient de ne pas oublier que ce microbe évolue sur un terrain qui demande quelques ménagements; la question du microbe intéresse le chimiste; celle du terrain préoccupe le physiologiste et le médecin. Sans que l'on ait à faire appel à la doctrine animiste pour l'interprétation des conceptions thérapeutiques, le vitalisme fournit à notre esprit une suffisante explication, mais qui a besoin parfois d'être rappelée. Toutes les réactions vitales ne sont pas toujours, il s'en faut, des réactions salutaires, curatrices et providentielles, comme le voudrait l'animisme; ce sont des réactions que le medecin a le devoir de conduire, de diriger, de ne pas laisser s'exagérer. Or, ces reactions qui se produisent après une invasion génerale microbienne (1), les médecins ont renoncé à les combattre par les antiseptiques; ils n'ont à cet usage que les médications agissant sur le terrain et qui sont de mise dans toutes les infections : révulsion, emploi interne et externe de l'eau dans toutes ses modalités; — que les médicaments ayant une action stimulante : camphre, ammoniaque, ether, métaux colloïdaux; — et que ceux qui agissent d'une façon à peu près spécifique : le serum antidiphtérique, l'iode, le mercure, le fer, l'arsenic... Or, aucune de ces médications ni aucun de ces médicaments n'a encore d'une façon absolue une action directe sur l'agent morbifique et n'agit sur lui que par l'intermédiaire de l'organisme.

Il n'est pas impossible de penser qu'une substance chimique puisse grouper et mettre en dissociation, après son introduction dans l'organisme, un corps non nocif pour les cellules vivantes avec lesquelles il se combinerait, et un corps qui pourrait leur être prejudiciable, mais se combinerait aussitôt aux elements infectieux ou toxiques. Cela demanderait évidemment une reaction de l'individu, mais une reaction providentielle, telle que la voit la doctrine animiste. Il importerait de distinguer les reactions consecutives aux maladies aiguës et celles consecutives aux maladies chroniques, si l'on voulait montrer toutes les ressources de la therapeutique, que nous sommes loin de nier; nous en apprécions d'autant plus la valeur que nous ne pensons pas qu'on puisse espérer leur remplacement.

Le but et la raison de la science sont de toujours chercher, de toujours vouloir un progrès; les considerations qui precedent ne nous en doivent point détourner; mais elles nous doivent davantage rapprocher de cette idée qu'il n'y a pas, pour nous, des maladies, mais des malades. Contre les maladies nous ne pouvons à peu près rien; pour les malades, nous avons presque toujours une puissance considérable. Aussi est-ce faire fausse route que chercher la suppression d'une maladie; c'est se leurrer d'un idéal que la pratique journalière de notre art nous doit faire considérer comme impossible. Ce serait le bouleversement des lois de la nature; les individus meurent, mais les espèces vivent, s'adaptent aux milieux, et ne disparaissent que lentement, si tant est qu'on puisse affirmer leur disparition. Tout ce à quoi nous pouvons prétendre, c'est à nous adapter à ces lois de la nature; qu'il suffise à la médecine d'observer l'évolution des maladies et d'y conformer ses doctrines. Les maladies varient avec les siècles et avec les pays, même avec les régions, soit que le terrain sur lequel elles se développent ne soit plus le même partout et toujours, soit que l'agent de ces maladies ait subi spontanément des modifications, soit que les changements de l'agent morbifique et ceux du terrain se soient produits en même temps.

C'est notre souci et notre ideal que de savoir nous adapter aux changements, de les prévoir, d'agir favorablement sur les malades. C'est la gloire des précurseurs, des auteurs des grandes théories médicales, des fondateurs de doctrines, de montrer aux generations dans quel sens se fera la médecine de demain. En chirurgie, pour ne citer que les plus récents, Chassaignac avec le drainage des plaies, Guerin avec le pansement ouaté, Lister avec l'antisepsie, furent des precurseurs et des chefs d'école. En médecine, c'est Laënnec, c'est Broussais, c'est Barthez, puis Bretonneau et Trousseau, enfin Cl. Bernard et Pasteur. Leurs théories furent fecondes parce qu'inspirees par la clinique et contrôlees par la physiologie; mais, même dans les généralisations excessives qu'ils purent faire de leurs doctrines ou de leurs systèmes, ils n'ont point conçu le rêve orgueilleux ou vain d'une thérapeutique préventive, générale, individuelle ou sociale, qui, s'il semble avoir une réalisation actuelle, affirmera mieux encore l'impuissance de notre action, et montrera qu'à mesure que notre science progresse, notre art devient plus difficile (1).

(1) Les réactions consécutives à une invasion locale peuvent commander une thérapeutique différente.

(1) Communication à la Société de Médecine de Paris.

REVUE DE BIOLOGIE

Conservation des graisses naturelles, par MM. Hudelo, Fernand Lévy et Tulasne (*Soc. de Biol.*).

Quelques expériences nous ont démontré que les substances grasses naturelles, additionnées de 5 0/0 de sous-nitrate de bismuth ne rancissent pas, même quand elles sont placées dans des conditions défavorables.

Cette dose de sous-nitrate de bismuth peut, à notre avis, être réduite à 1 0/0. Cette constatation est intéressante, car elle permet d'employer des graisses facilement absorbables par les pores de la peau et les muqueuses.

Remarques techniques et structurales sur le tendon, par MM. Retterer et Lelièvre (*Soc. de Biol.*).

Le tendon *embryonnaire* est un organe plein dont toutes les cellules ont même forme et même structure. Pendant que la majorité des cellules élaborent des fibres tendineuses, certaines cellules qui occupent la surface des chaînes cellulaires subissent la fonte dans leur portion *externe*, jusqu'au contact du protoplasma péri-

nucléaire. Cette liquéfaction aboutit à la formation de fentes obliques dont le grand axe est plutôt longitudinal. Le restant de ces cellules superficielles persiste à la surface des colonnes cellulaires sous la forme d'un revêtement nucléé et chromophile dont la moitié interne est différenciée en reticulum et en fibrilles tendineuses. Les fibres restent ainsi reliées les unes aux autres, de sorte que le tendon a une *texture rétiforme.*

Salage des eaux et analyse bactériologique qualitative, par M. Remlinger (*Soc. de Biol.*).

Le salage d'une eau à 8 ou 10 0/0, en vue de son envoi au laboratoire d'analyses, assure la constance du nombre des germes qu'elle renferme. Les résultats sont moins satisfaisants au point de vue qualitatif, qu'au point de vue quantitatif. Alors que dans les eaux abandonnées à elles-mêmes, on réfrigérées, on note surtout le développement des espèces liquéfiantes, ou rencontre presque exclusivement dans les échantillons salés des microbes non liquéfiants. C'est aux dépens de ceux-ci que s'effectue après six à sept jours la multiplication secondaire des microorganismes. Le coli et l'éberth ont, dans les eaux salées, comme dans les eaux réfrigérées, tendance à disparaître. La meilleure analyse bactériologique est donc l'analyse sur place. Tout envoi à un laboratoire entraîne des modifications qualitatives des germes. Il ne semble pas toutefois que le salage expose à plus d'erreurs que la réfrigération.

Appareil clinique pour la mesure des échanges respiratoires.

M. J. Bergonié : En physiothérapie, le besoin s'en fait particulièrement sentir.

Il est formé d'un radiateur d'automobile enfermé dans un récipient clos. Sur l'énorme surface du radiateur est projeté par une pompe mue électriquement la lessive absorbant le GO^2. L'oxygène est appelé à travers un compteur par dépression. Une circulation d'air empêche toute variation de température.

Tout l'appareil est placé sur une petite table mobile sur roulettes. Il permet à des malades de respirer sans fatigue. Il donne sans calcul, sans correction et sans dosage O et CO^2, et par conséquent $\frac{CO^2}{O}$.

(*Réun. biol. de Bord.*)

État histologique des viscères après inhumation de deux à quatre semaines.

M. Verger : Les organes splanchniques des animaux exhumés présentent des altérations portant principalement sur les cellules nobles qui sont gonflées et dont les noyaux, nettement colorables après deux semaines, deviennent beaucoup moins visibles après quatre semaines. Dans le foie, les cellules tendent à se séparer les unes des autres. Dans le rein, les cellules des tubuli sont gonflées.

Les noyaux du tissu conjonctif restent parfaitement visibles. Dans l'intestin et l'estomac, après deux semaines, la muqueuse ne présente plus de structure méconnaissable, tandis que la tunique musculaire reste bien conservée.

(*Réun. biol. de Bord.*)

Recherche des anticorps dans les épanchements séro-fibrineux des pleurésies aiguës (*Soc. de Biol.*).

M. P. Paraskevopoulos a entrepris une série d'expériences dans le but de déterminer l'existence des anticorps dans les épanchements séro-fibrineux des pleurésies aiguës.

Pour cela, il a établi d'une part l'indice opsonique de ses épanchements, d'autre part l'indice opsonique du sérum des malades.

Sur 10 cas étudiés, 7 lui ont donné l'indice de l'épanchement supérieur à celui du sérum.

En même temps, Tauteur a cherché à savoir si les globules blancs contenus dans ces épanchements se conservent en bon état. Or, ces globules, mis en présence d'un microbe (celui de la tuberculose par exemple), et d'un sérum ou du liquide de l'épanchement, donnent une phagocytose très marquée.

Ces deux points étant établis : 1° le liquide de l'épanchement séro-fibrineux des pleurésies aiguës contient plus d'anticorps que le sérum du malade ; 2° les globules blancs se conservent bien dans l'épanchement. M. Paraskevopoulos croit pouvoir conclure en disant qu'il y aurait intérêt à utiliser les anticorps de ces épanchements, non seulement dans le traitement de la pleurésie, mais encore dans celui de la tuberculose en général, après les avoir soigneusement débarrassés de leurs bacilles.

Toxicité des pulpes glycérinées des sarcosporidies de cheval.

M. Sabrazès : On rencontre fréquemment des sarcosporidies dans les muscles de l'œsophage du cheval. Les kystes extraits, on injecte le contenu de cent environ d'entre eux à un lapin : il meurt avec collapsus et diarrhée fétide. Dix kystes ne suffisent pas à vacciner.

(*Réun. biol. de Bord.*)

REVUE DE CHIRURGIE

La consolidation de la blessure, par le Professeur Paul Reclus. (Hôtel-Dieu.)

Ce qu'on nomme « Consolidation de la blessure » constitue en matière d'accidents du travail, un chapitre bien mal connu. Et puis, ce mot, d'origine parlementaire et prononcé, dit-on, pour la première fois en 1897, par le député Louis Ricard, prête fort à l'équivoque : ne sait-on pas que les fractures, les lésions les plus fréquentes qu'expertise le médecin, « sont consolidées », au point de vue chirurgical dès qu'un cal osseux unit les fragments, tandis qu'elles sont loin de l'être encore au point de vue juridique. Ce double sens est l'occasion de méprises; mais comme ce terme a été adopté, aussi bien par les médecins que par les magistrats, il serait d'autant plus oiseux d'essayer de lui en substituer un autre qu'on n'en trouverait peut-être pas un moins mauvais.

D'après la loi du 9 avril 1898, un accident du travail peut aboutir à quatre éventualités : à la mort, à la guérison après une incapacité temporaire, à une incapacité permanente totale, enfin à une incapacité permanente partielle, et c'est seulement dans cette quatrième alternative que l'on peut parler de « consolidation de la blessure ». — Un exemple nous fera connaître ce qu'il faut entendre par ces mots : une raboteuse mécanique happe une main et lui enlève trois doigts ; au bout de cinq à six semaines, après quelques épisodes inflammatoires, les plaies sont cicatrisées. Est-ce que, à ce moment, le blessé atteint d'incapacité permanente partielle, puisqu'il est privé de trois doigts, pourra se remettre à la besogne et gagner un nouveau salaire, salaire réduit d'ailleurs, puisque sa main ne peut désormais fournir le même travail qu'auparavant? Non, car sa main mutilée reste œdémateuse, enraidie, douloureuse : elle ne possède ni la force, ni l'agilité nécessaires pour affronter la machine : un nouvel accident serait à redouter.

Aussi inaugure-t-on une nouvelle thérapeutique : on masse les muscles, on les électrise, on mobilise les articulations, on réhabitue la main aux difficultés du travail par la mécanothérapie, peu à peu l'organe reprend sa souplesse et on ne s'arrête que lorsque le blessé ne peut plus rien espérer du traitement. C'est cette période qui s'étend de la cicatrisation des plaies au moment où le maximum d'amélioration est atteint, où tout traitement cesse, où l'ouvrier est à même de reprendre le travail et de gagner un salaire réduit qui constitue la phase de la consolidation de la blessure. Par conséquent, la consolidation de la blessure est acquise le jour où le médecin constate que tout traitement est désormais inefficace et qu'un travail rémunérateur, quoique réduit par l'incapacité partielle, peut être repris.

Suppression d'un traitement désormais inefficace et reprise possible d'un travail productif, voilà les deux constatations qui me paraissent le mieux caractériser « la consolidation de la blessure ». Mais on a proposé nombre d'autres définitions qu'il faut connaître parce que quelques-unes ont le mérite d'envisager une autre face de la question. Voici d'abord la formule officielle, celle que nous trouvons invariablement reproduite dans les jugements qui nous commettent : « Dire à quelle date se place la consolidation de la blessure, c'est-à-dire à quelle date le traitement a été terminé, ou bien dire à quelle date se place le moment où l'accidenté a su ou dû savoir quelle était la nature et l'importance de son infirmité définitive ».

Guillez de Narcy dit que la blessure est consolidée « lorsque les conséquences définitives au point de vue de la capacité de travail du blessé en sont déterminées ». Pour Forgue de Jeanbrau dont vous connaissez tous le beau livre, la « consolidation désigne l'état d'une blessure qui s'est réparée en laissant une lésion ou un trouble professionnel permanent non susceptible d'amélioration par un traitement ». D'autres sont plus critiquables encore : « La blessure est consolidée quand cesse pour l'accidenté le droit au demi-salaire », ou « le jour où cesse le traitement », ou lorsque « le blessé est en état de gagner un salaire réduit », ou enfin « lorsque le sinistré est atteint d'incapacité permanente partielle ». Vous le voyez, elles se ressemblent toutes et même ne signifient pas grand'chose : nous avons essayé de mettre dans la nôtre ce que les autres contiennent d'essentiel.

L'imprécision, le vague de ces définitions ne provient pas seulement de notre indigence verbale, il tient aussi à la complexité du problème. Dans le drame d'un accident du travail, quatre facteurs peuvent jouer un rôle et parfois accroître les difficultés de la solution : le blessé, son médecin, le médecin de l'assurance et l'expert.

Et d'abord le blessé : on sait qu'à la consolidation de la blessure se trouve lié le sort du demi-salaire qui cesse lorsque l'incapacité partielle est acquise. A ce moment, il faut rentrer au chantier, avec une rente compensatrice de la moitié, de la moitié seulement du travail réduit, rente toujours inférieure à ce qu'était le demi-salaire. Or, les ouvriers sont comme le reste des hommes : ceux qu'anime l'ardeur au travail sont rares ; ils hésitent un peu à reprendre leur dur labeur et ils savent se donner de bonnes raisons pour retarder la pénible échéance : l'accident qu'ils ont subi était de ceux qui

ne guérissent pas en quelques jours. D'ailleurs, les termes des certificats qu'on leur délivre, sont bien faits pour les induire en erreur. « Voyez, disent-ils aux experts, c'est écrit sur le papier du médecin », et ils nous montrent les mots « infirmité », « incapacité permanente ». Ils sont donc infirmes, ils sont donc impotents. Ils croient d'autant plus à l'exactitude de ces termes qu'ils souffrent quand ils exécutent certains mouvements et ils ignorent on veulent ignorer que la rude « mécanothérapie » du travail fera disparaître ces douleurs.

Autre raison capitale : la plupart des blessés s'imaginent que s'ils reprennent le travail avant le règlement définitif du litige, l'indemnité sera moindre et quelques-uns, par diplomatie, ne sortent plus de chez eux que le bras en écharpe on appuyés sur cannes et béquilles. D'antres, plus nombreux encore, confondent les mots de « reprise du travail » avec ceux de reprise de leur ancien travail. Ils oublient que si quelque grave mutilation, quelques troubles fonctionnels importants les forcent à changer de profession, il est d'autres métiers moins lucratifs sans doute, mais auxquels ils devront recourir pour en tirer le salaire complémentaire d'une rente insuffisante pour les faire vivre. Seulement que les experts sachent bien que ce changement de profession chez un ouvrier de plus de trente ans est un vrai désastre; un nouvel apprentissage est à faire, et d'ailleurs, dans ces cas, l'embauchage devient chose bien malaisée. Pour notre part, et, pour ce seul fait du changement de profession, surtout chez un illettré, nous considérons le minimum de la rente à allouer comme devant être de trente pour cent.

Si le blessé a parfois des torts, les médecins ne sont pas toujours à l'abri des reproches. Il est banal de dire que la plupart exercent leur profession avec la plus étroite bonne foi. Mais on insinue que quelques-uns se laisseraient aller parfois à conserver plus que de raison un client et des honoraires de tout repos, puisque le patron est responsable de leur paiement. Aussi ne se demandent-ils pas peut-être assez si la blessure se consolide. Et l'on se demande ce que serait la rencontre d'un ouvrier peu consciencieux et d'un médecin sans scrupule. D'autant que ce médecin pourrait invoquer à sa décharge, des arguments importants : à conseiller trop hâtivement la reprise du travail, n'assume-t-on pas une grave responsabilité? Telle arthrite, telle ostéite mal éteintes peuvent se rallumer, telle fracture, verra son cal fléchir et telle main encore gourde se laisser se happer par la machine! Aussi, abrité derrière cette éventualité, le chirurgien du blessé laisse s'écouler les jours et avec eux court indéfiniment le demi-salaire.

C'est ici qu'interviennent les médecins des patrons : ils ont éventé les abus qui se peuvent commettre et vous avez présentes à l'esprit ces statistiques stupéfiantes où l'on voit ce que duraient « les blessures » avant la loi du 9 avril 1898, et ce qu'elles durent depuis la promulgation de la loi. Telle fracture qui ne nécessitait que 30 à 35 jours de soins et de repos en exige maintenant 300 et plus. Et ces sortes de majorations ont été telles que les pouvoirs publics se sont demandé si on ne pourrait pas établir un barème équitable où chaque lésion aurait un tarif. Une commission fut instituée au ministère du Travail; nous avions l'honneur d'en faire partie avec une douzaine de nos collègues les mieux qualifiés pour mener à bien cette tâche ardue : mais après quelques séances nous dûmes y renoncer, car les différences d'âge, de sexe, de constitution, d'état antérieur et de profession font de chaque cas un cas particulier, et chaque « espèce » peut exiger une tarification différente.

Mais, munis des droits que la loi leur confère, les médecins des Compagnies ont le droit de visiter les blessés soit dans les hôpitaux, soit dans les cliniques particulières, soit chez eux; ils les examinent avec leurs confrères traitants, et s'ils sont d'avis que la consolidation se fait trop attendre, les assurances, sur leur avis, peuvent supprimer le paiement du demi-salaire; l'ouvrier s'adresse alors au juge de paix pour en exiger les arrérages. Le juge de paix nomme un expert et, fort de son avis, statue sur la consolidation de la blessure. Ces examens entre médecin de l'ouvrier et médecin du patron ne sont pas assez fréquents. On pourrait, par une bonne entente, éviter bien des contestations, s'éclairer l'un l'autre sur la valeur du traitement, et bien des procès inutiles, coûteux et lents, seraient évités. Il serait indispensable aussi que les médecins des assurances établissent des rapports plus circonstanciés à chacune de leur visites, et disent nettement sur quelles raisons ils s'appuient pour conclure à la consolidation.

Et si le médecin de l'assurance sait et dit que dans un très grand nombre de cas la reprise du travail est le meilleur moyen de hâter la disparition des douleurs dont la blessure est encore le siège, des raideurs articulaires et tendineuses, des atrophies musculaires, il ne doit pas oublier non plus que, dans certains cas, le retour trop hâtif au chantier n'est pas sans inconvénients; il doit accorder à son collègue qui soigne le blessé que certaines inflammations, plutôt assoupies qu'éteintes, peuvent se rallumer et que des cals trop peu résistants peuvent fléchir. Si les statistiques qu'on nous a fournies sont trop souvent scandaleuses, il ne faut pas oublier, d'autre part, que depuis la loi sur les accidents du travail, l'observation a souvent prouvé que certaines fractures de jambe, par exemple, nécessitent pour être vraiment soudées plus des 30 ou 40 jours que nous leur accordions autrefois.

Le rôle de l'expert chargé de trancher le débat est plus délicat encore: il doit respecter également les deux intérêts antagonistes et c'est souvent au bout de six ou huit mois qu'il voit pour la première fois le blessé, lorsqu'il est commis par le juge de paix, le Tribunal civil ou la Cour d'appel pour décider « à quelle date se place la consolidation de la blessure ». Il faut examiner les diverses éventualités qui rendent la question plus ou moins délicate et la réponse plus ou moins difficile. Un cas fort simple est lorsque le blessé, son médecin, et le médecin du patron s'entendent et lorsque le travail est déjà repris. Le même accord peut se faire entre les parties pour reconnaître, avec l'expert, que la consolidation n'est pas encore acquise.

Mais voici un cas litigieux qui se présente trop souvent : le blessé, avec ou sans l'aveu de son médecin, n'a pas repris le travail, bien que le médecin du patron ait jugé la consolidation acquise et que l'assurance ait supprimé le paiement du demi-salaire pour hâter l'expertise. L'expert a la parole et sa responsabilité est gravement en jeu, car il faut se mouvoir entre deux écueils : exposer par trop de hâte le sinistré mal guéri soit à un nouvel accident, soit à un rappel des phénomènes aigus, ou bien, par trop de scrupule, ne pas imposer au blessé la reprise du travail, qui, nous l'avons dit, est souvent la plus profitable de toutes les mécanothérapies. Dans ces cas douteux, il faut savoir temporiser, conseiller les applications biquotidiennes d'eau à 50 degrés centigrades sur des régions traumatisées, les massages, l'électricité, la mobilisation provoquée des jointures, et laisser le blessé bénéficier du demi-salaire.

Espèce plus délicate encore : bien que consolidé, sans aucune contestation possible, le blessé n'a pas réintégré l'atelier. Telle et telle circonstance où les nécessités et les exigences des formes judiciaires jouent un rôle capital, ont retardé l'examen de l'expert. Il faut donc consolider « en arrière », dirons-nous. Et il ne sera pas facile, je vous l'assure, de déterminer, trois ans après la blessure, s'il y a deux ans, un an, six mois, trois mois que le blessé aurait dû reprendre son travail. C'est ici qu'un interrogatoire précis du blessé et des médecins sera indispensable, ainsi que la lecture attentive des certificats, s'il y en a au dossier. Malheureusement, ils manquent ou sont incomplets et vagues, et rien n'est plus rare qu'un document vraiment scientifique qui fixe l'état de la blessure à un moment déterminé. Dans ces cas, trop fréquents, vous aurez à trancher la question plutôt à la manière d'un arbitre tâchant de léser le moins gravement possible les deux intérêts en présence.

Ici encore on doit examiner plusieurs cas. Seul le médecin du blessé a fourni un certificat — ou, au contraire, c'est le médecin du patron qui, seul, en a rédigé un. Alors pas d'hésitation, et si ce document est d'ailleurs plausible et de sens commun, si les conclusions en paraissent probables, il faut « consolider » à la date indiquée. Lorsque les deux parties fournissent chacune un document : l'un « consolidant », l'autre « ne consolidant pas », les droits de la critique reprennent; il faut étudier ces notes, peser les raisons de l'un et de l'autre, vérifier « l'échelle des valeurs » de chacun et se prononcer selon sa conscience. Mais nous n'oserions prétendre à l'infaillibilité; nous n'avons pas la folle présomption de connaître, par nos propres moyens, l'évolution des traumatismes dans toutes les espèces et déclarer, avec quelque certitude, qu'à telle date précise, la blessure était consolidée. (N'oubliez pas cependant qu'il faudra soigneusement s'enquérir du moment où tout traitement a été supprimé, car il peut y avoir là une indication de premier ordre).

Mais voici un problème qu'il nous faut résoudre sous peine de voir s'éterniser des litiges dont la loi réclame la solution rapide. Un exemple fera mieux comprendre ce dont il s'agit : à la suite d'une fracture dont le cal volumineux est travaillé par l'ostéite, ou bien dans les brûlures ou les pertes de substance étendue, à cicatrices précaires et qui s'ulcèrent au moindre prétexte, « la blessure » peut rester un temps indéfini sans paraître consolidée. L'expert doit-il ordonner le paiement du demi-salaire pendant des années, tant que la fistule suppure, jusqu'à l'expulsion du dernier petit séquestre et l'épidermisation du dernier bourgeon charnu ? Cette opinion ne nous paraît pas raisonnable lorsque, sous un pansement protecteur, l'ouvrier peut sans danger se remettre à la besogne et chercher un complément à la rente accordée à son infirmité partielle.

Mais il faut que les parties y trouvent toutes deux leur compte. Et si le patron a l'avantage de payer une rente qui, dans toutes les incapacités partielles, est inférieure au demi-salaire, l'ouvrier, de son côté, touchera une rente supérieure à celle qu'il toucherait si la fistule était tarie ou les ulcérations cicatrisées. Car le blessé doit être indemnisé des ennuis des pansements et des jours de chômage que les crises inflammatoires peuvent imposer. Dans ces conditions, nous n'hésitons pas à consolider la blessure et lorsque des phlogoses subaiguës persistent qui finiront sans doute par guérir, mais dans un temps souvent très long et dont il nous est impossible de prévoir la durée ; lorsque d'ailleurs, le blessé peut, sous un pansement, se livrer à un travail utile, nous hésitons d'autant moins que si, dans les trois ans qui suivent notre rapport, une amélioration ou une aggravation survient qui montre l'arbitrage défavorable à l'une ou l'autre des parties, on recourt à la revision : elle mettra les choses au point.

Nous avons plusieurs fois procédé à cet arrangement qui n'a pas été toujours compris

par nos confrères. C'est ainsi que récemment, à propos d'un cal exubérant où se trouvaient des foyers d'ostéite, nous avons « consolidé », bien entendu, avec les réserves indiquées plus haut. Or, dans une consultation longuement motivée et appuyée sur une radiographie, trois médecins, dont un ancien interne de nos hôpitaux, n'eurent pas de peine à démontrer l'existence d'une fistulette dont un stylet marquait le trajet dans l'image. A la suite de ce certificat solennel, le blessé fut renvoyé par les juges à trois experts dont j'étais. Mes conclusions premières furent maintenues par mes collègues; la consolidation de la blessure devait être acquise parce que nous ne pouvions prévoir quand s'éteindrait l'ostéite et parce que l'ouvrier, malgré un petit séquestre, pouvait se livrer à un travail utile. Nous croyons que le Tribunal a sanctionné ces conclusions.

Vous venez de voir l'importance du problème de « la consolidation de la blessure » puisque de sa solution dépend le maintien ou le retrait du demi-salaire. Vous vous êtes rendu compte des difficultés qu'il soulève et, pour la résoudre, il n'est pas trop de faire appel à tout votre bon sens et à toute votre sagacité.

De la douleur dans les kystes hydatiques du foie, par le Dr Quénu (*Revue de Chirurgie*).

La douleur est généralement considérée par tous les classiques comme un symptôme accessoire et inconstant dans les kystes hydatiques du foie. En dehors de la suppuration du kyste, on l'envisage comme une exception.

De toute une série de faits empruntés à différentes thèses, à d'autres chirurgiens, et de dix observations personnelles, l'auteur tire des conclusions contraires aux idées généralement admises en la matière. Pour lui, les kystes évoluant sans réaction douloureuse sont très notablement en plus petit nombre que ceux dont le développement s'accompagne de symptômes douloureux, indépendamment de toute rupture ou de toute suppuration.

Au point de vue clinique, on distingue deux grands types de kystes douloureux :

a) Type pseudo-lithiasique, dans lequel les symptômes douloureux rappellent le syndrome de la colique hépatique ;

b) Type gastralgique, dans lequel la douleur épigastrique donne à l'affection les allures d'une gastralgie et s'accompagne ou non de troubles digestifs.

Le plus souvent les douleurs ont leur siège dans l'hypocondre droit et consistent en sensations de gêne, de pesanteur, de distension, avec, de temps en temps, de véritables élancements à l'occasion d'un effort ou de la marche. D'autres fois, le siège de la douleur est sous-costal, ou encore dans le flanc droit à l'épigastre, dans l'hypocondre gauche.

Les irradiations se font d'ordinaire dans l'épaule droite, mais elles ont été signalées dans l'épaule gauche, dans le dos, dans l'aine droite, vers la fosse iliaque droite. Parfois elles manquent totalement.

L'intensité des douleurs est variable ; elles peuvent être intolérables ou se limiter seulement à une sensation de distension.

Le type de la douleur n'est pas lié à une localisation du kyste dans tel ou tel lobe ; cependant les kystes à développement abdominal sont moins souvent la cause de souffrances que les kystes à développement thoracique.

La pathogénie de ces douleurs est vraisemblablement complexe, et l'auteur estime que la part principale doit être attribuée à l'inflammation des séreuses péritonéale ou pleurale. Dans les kystes à développement thoracique, il est fréquent d'observer des signes de pleurite ou de pleurésie avec faible épanchement ; d'autre part, la présence d'une péritonite au voisinage de certains kystes est incontestable. En dehors des inflammations séreuses, il faut faire jouer le plus grand rôle à l'angiocholite hydatique, c'est-à-dire à l'infection des voies biliaires. C'est à elle qu'il faut rapporter toutes les variétés cliniques à forme de colique hépatique. Enfin d'autres auteurs accordent dans la pathogénie de la douleur une certaine importance à la stase biliaire résultant de la compression des canaux et au tiraillement des canaux résultant de l'hépatoptose.

REVUE CLINIQUE

Goutte et rhumatisme. Leurs relations avec les arthrites chroniques. Déductions pratiques, par le Dr Ricklin (*Rev. Internat. de clin. et de thérap.*)

Jusqu'à la fin du XVIe siècle, jusqu'à Baillou (1538-1616), l'*arthritis*, telle que la concevaient les anciens, englobait toutes les affections aiguës et chroniques des jointures, y compris la goutte et le rhumatisme articulaire aigu. Le premier, Baillou établit une distinction entre ces deux maladies. Lorsqu'ensuite, environ deux siècles plus tard, la découverte de l'acide urique eut permis d'assigner à la goutte sa caractéristique chimique, lorsque Tournant et Wollaston (1797) eurent reconnu la nature uratique des tophus, lorsque Garrod eut démontré la présence de l'acide urique dans le sang des goutteux, on eut pu s'attendre à ce que la doctrine ébauchée par Baillou ne rencontrât plus de contradicteurs. Cependant l'époque n'est pas encore très lointaine, où Pioux (1861), avec l'autorité qui s'attachait à son nom, soutenait que la goutte et le rhumatisme ont une racine commune et représentent quelque chose comme deux branches issues d'un même tronc, deux modalités de l'arthritis. Mais déjà Trousseau, dans ses cliniques de l'Hôtel-Dieu, enseignait que les analogies relevées entre la vraie goutte, ou podagre, et le rhumatisme articulaire aigu étaient d'importance négligeable, qu'elles s'effaçaient devant une opposition de caractères, que l'illustre clinicien fit ressortir dans un tableau resté classique, tant sa fidélité était parfaite.

Il n'est plus personne, aujourd'hui, pour constater que la goutte et le rhumatisme articulaire aigu sont deux maladies absolument distinctes quant à leurs caractères symptomatiques, quant à leurs complications habituelles, quant à leur étiologie et à leur pathogénie, — tellement distinctes qu'elles sont susceptibles de se rencontrer successivement chez le même individu, une personne qui a eu des attaques franches de rhumatisme articulaire aigu, dans son enfance, pouvant devenir goutteuse à un âge plus avancé.

Tant la goutte que le rhumatisme articulaire aigu peuvent passer à l'état chronique, en quel cas la nature goutteuse ou rhumatismale de l'arthrite subséquente se déduit sans peine de la connaissance des antécédents.

Autre chose est, quand une arthrite chronique évolue d'emblée suivant le mode chronique. La difficulté peut alors être considérable, pour le médecin, de reconnaître l'exacte nature de cette arthrite et de dépister ses relations éventuelles de parenté plus ou moins directe avec la goutte ou avec le rhumatisme.

Aussi bien, une grande confusion règne encore, dans le chapitre des arthrites chroniques. On a comparé ce domaine de la pathologie, à un pays dont les subdivisions territoriales seraient sans délimitations précises, à un royaume dont le morcellement en province serait l'œuvre exclusive de l'arbitraire (His). Et cependant, une connaissance exacte de la nature des différentes variétés d'arthrite chronique offre un intérêt pratique de premier ordre; à défaut d'elle, le médecin court les risques d'une éventualité fréquente, celle d'échouer dans ses tentatives de traitement.

Quels sont donc les éléments sur lesquels le médecin pourra s'appuyer, pour résoudre le double problème d'*étiologie* et de *pathogénie*, qui se pose à lui, en présence d'une arthrite chronique, et pour dépister les *relations éventuelles de cette arthrite avec la goutte ou avec le rhumatisme articulaire aigu*.

Une question préjudicielle se présente à ce propos; elle peut s'énoncer en ces termes : existe-t-il des signes, des caractéristiques, dont la constatation nous permet, en présence d'un cas d'arthrite, de conclure que celle-ci se rattache soit à la goutte, soit au rhumatisme ?

Pour ce qui concerne la maladie goutteuse, la réponse à cette question paraît, de prime abord, facile à fournir, étant donnée que la présence persistante et en proportions relativement considérables de l'acide urique dans le sang est de constatation habituelle, dans les cas de goutte franche. Oui, sans doute, seulement il y a lieu de considérer que ce caractère est loin d'avoir une valeur pathognomonique. On l'observe dans d'autres états morbides, en particulier dans les cas de leucocythémie, dans des cas de cirrhose, maladies au cours desquelles l'acide urique peut s'accumuler dans le sang, pendant des périodes de temps fort longues, et en proportions beaucoup plus élevées que cela n'a lieu dans les cas de goutte. Au demeurant, l'époque n'est plus, où l'on voyait dans l'acide urique de principe morbifique par excellence, sinon exclusif, de la maladie goutteuse. Voici ce que le professeur Bouchard écrivait à ce sujet, il y a plus d'un quart de siècle :

« Il n'est nullement démontré que l'acide urique soit la seule ou même la principale matière, qui adultère les humeurs dans cette maladie. Je reconnais que beaucoup des lésions chroniques de la goutte sont en partie constituées ou occasionnées par des urates précipités, mais je dis que la maladie elle-même n'est pas due à l'uricémie. Faire dépendre de l'accumulation de l'acide urique non plus seulement l'accès de goutte, mais les troubles variés de la période intercalaire, les mouvements fluxionnaires divers, qui précèdent, qui accompagnent ou qui remplacent l'accès, les lésions viscérales multiples, tantôt aiguës, tantôt chroniques, je dis que c'est là une témérité pathologique. » (*Maladies par ralentissement de la nutrition*, Paris, 1882, p. 264.)

Le Dr W. His (1) s'est exprimé sur ce même point, en termes à peu près identiques, dans une intéressante étude sur les relations de la goutte et du rhumatisme, parue il y a quelques semaines : « Indubitablement, écrit-il, l'acide urique est le produit le plus tangible de la goutte et la cause productrice des altérations inflammatoires et dégénératives qui ont pour siège le cartilage et le tissu conjonctif; toutefois, il n'est sûrement pas l'unique matière peccante. Aussi bien, voyons-nous très souvent figurer dans l'expression clinique de la goutte, des syndromes qui sont sans rapports aucuns avec l'acide urique : dyspepsies, dermatoses, myalgies et névralgies, artério-sclérose, et, en première ligne, le rein granuleux atrophique. » Il ne serait donc pas étonnant que l'uricémie fît défaut dans des cas d'arthrite chronique dont le rattachement à la goutte s'impose pour toutes sortes de motifs.

Au cours de ces dernières années, des théories nouvelles ont vu le jour, qui nous représentent la goutte comme étant l'expression d'un trouble des échanges nutritifs portant sur les bases de purine (bases de xanthine). A s'en rapporter à une opinion qui tend à prévaloir, les purines, en suspensions dans nos humeurs,

(1) W. His. *Gicht und Rheumatismus.* (*Deutsche medizin. Wochenschrift*, 1909, n° 15, p. 857.)

proviennent de la désintégration soit des nucléines de nos tissus et en particulier des noyaux cellulaires (provenance *endogène*), soit des nucléines ingérées avec nos aliments (*provenance exogène*). A leur tour, ces bases de purine sont transformées en acide urique, qui, dans les circonstances normales, est en partie éliminé avec les urines, le reste se trouvant transformé en produits d'une désintégration encore plus avancée. Dans la goutte, du fait d'un vice diathésique le plus souvent héréditaire, il y aurait à la fois en jeu une diminution de l'aptitude du sang à dissoudre l'acide urique, une diminution de l'aptitude des tissus à détruire ce même acide, une impossibilité de l'éliminer en quantités suffisantes par la voie rénale, sitôt que sa production dépasse une certaine valeur, qui correspond à la *limite de tolérance*. A preuve qu'on a réussi à provoquer des attaques de goutte, chez des sujets prédisposés, en les soumettant à des séances de rœntgénisation, ce qui a pour conséquence immédiate une désintégration plus active des leucocytes et une surproduction d'acide urique de provenance endogène; à preuve qu'on a pu obtenir le même résultat, en sommettant des goutteux à une alimentation (viande, et surtout, riz de veau, cervelle, foie, rognons), riche en nucléines. Dans ce second cas, on a pu se convaincre que l'élimination de l'acide urique formé en excès se trouvait manifestement ralentie par rapport à ce qu'elle est chez un sujet non goutteux.

Cette inaptitude de l'organisme du goutteux à éliminer en proportions insuffisantes, l'acide urique formé en excès constitue-t-elle un caractère susceptible d'être mis à profit pour dépister la nature goutteuse d'une arthropathie chronique? His (*loc. cit*), s'est donné pour tâche d'élucider ce point. Cinq malades affectés d'une arthrite chronique ont été soumis à une alimentation privée de bases de purines, de telle sorte qu'à bref délai, l'acide urique éliminé avec leurs urines fût de provenance exclusivement endogène. Une fois fixé sur l'importance de cette élimination, on faisait prendre à l'intéressé, 10 grammes de nucléinate de soude, ce qui devait entraîner la formation d'une quantité corrélative d'acide urique de provenance exogène. L'élimination de cette quantité supplémentaire d'acide urique est chose faite, au bout de trois ou quatre jours chez un sujet normal. An contraire, chez les goutteux, elle traîne en longueur, outre qu'elle est déficitaire. Or, ce retard et cette insuffisance éliminatoires ont été observé dans le seul cas d'arthrite, qui se rattachait manifestement à la goutte. Il s'agit donc bien là d'un caractère susceptible d'être utilisé avec profit, pour, dans un cas d'arthrite chronique, trancher la question de savoir si cette arthrite évolue ou non sur un fond de diathèse goutteuse.

Existe-t-il un caractère analogue, dont la constatation nous permet d'affirmer, en présence d'un cas d'arthrite chronique, que celle-ci est de même nature que le rhumatisme articulaire aigu ? Mais d'abord, savons-nous au juste de quelle nature est cette affection ?

A une époque pas très lointaine, on avait prétendu faire du rhumatisme articulaire aigu l'expression d'une dyscrasie acide. Cette théorie humorale est tombée dans le discrédit; elle a fait place à la théorie infectieuse, et de plus en plus, au cours de ces dernières années, la conception de l'origine bactérienne de cette maladie a gagné du terrain. Seulement on n'a pas encore réussi à isoler le micro-organisme qu'on présume être le germe spécifique du rhumatisme articulaire aigu. Le jour où sera comblée cette lacune, on réussira vraisemblablement à découvrir un procédé de séro-diagnostic, à l'aide duquel il nous sera possible de trancher la question de savoir si, étant donnée une arthrite chronique, celle-ci est, ou non, d'origine véritablement rhumatismale.

Présentement nous en sommes réduits à utiliser un élément de diagnostic, dont la valeur est essentiellement relative; il n'en mérite pas moins d'être pris en considération. Il est fondé sur la coïncidence habituelle d'une cardiopathie — endocardite, péricardite, lésions valvulaires et d'orifice — avec le rhumatisme articulaire vrai; coïncidence tellement fréquente qu'on est allé jusqu'à prétendre (Pidoux) que cette cardiopathie est aussi essentielle à la maladie rhumatismale que les arthrites elles-mêmes. D'aucuns ont objecté que toutes les infections peuvent se compliquer d'endocardite, de péricardite, au même titre que l'infection rhumatismale. Assurément, mais suivant la judicieuse remarque de J. Tessier et de G. Roques, ce qui est la règle dans les cas d'infection rhumatismale, est l'exception dans les cas d'une infection autre.

Nous sommes donc en possession d'un véritable *critérium clinique*, que nous pouvons utiliser sans grands risques d'erreur, pour dépister la nature rhumatismale d'une arthrite chronique.

A cette caractéristique clinique, on avait cru pouvoir adjoindre une caractéristique thérapeutique. Par application de l'aphorisme bien connu : *Naturam morborum curationes ostendunt*, et en considération de l'efficacité, dont jouit le salicylate de soude vis-à-vis du rhumatisme articulaire aigu vrai, — qu'il importe de ne pas confondre avec les pseudo-rhumatismes infectieux — Senator était d'avis de rattacher au rhumatisme tout ce qui guérit par le médicament susdit; prétention absolument erronée. En effet, le salicylate de soude guérit maintes affections qui n'ont rien de rhumatismal. D'autre part, dans les cas de rhumatisme articulaire, son efficacité est d'autant plus sujette à se trouver *en défaut* que l'évolution de l'arthrite s'éloigne davantage du mode aigu.

Je rappelle que la radioscopie et la radiographie ont été représentées comme susceptibles de fournir les éléments du diagnostic différentiel à faire entre les arthrites chroniques goutteuses et les arthrites chroniques rhumatismales. Voici ce que déclarait à ce sujet le Dr Serbanesco, dans une note communiquée à l'Académie des Sciences (18 janvier 1897), par le professeur Potain :

« 1° Chez les goutteux, les extrémités articulaires sont infiltrées d'urates de chaux, qui se sont substitués aux phosphates de chaux et qui sont huit fois plus transparent qu'eux aux rayons X.

« Cette infiltration se traduit sur le squelette par des taches blanches transparentes, très visibles sur la photographie.

« 2° Chez les malades atteints de rhumatisme chronique, on trouve de l'ostéite condensante des extrémités articulaires, ce qui leur donne une opacité plus grande à l'examen aux rayons de Rœntgen.

« 3° Chez les sujets affectés de nodosités d'Herberden, on trouve au niveau des phalanges, des taches transparentes fort distinctes, qui semblent devoir faire admettre l'origine goutteuse de ces productions. »

Dans le rhumatisme chronique « disparition des cartilages diarthrodiaux, raréfaction trabéculaire avec hypertrophie apparente, envahissement graisseux obscurcissant la striation, boursouflement des têtes osseuses, déformation avec ankylose, délimination osseuse moins nette sur les diaphyses. »

A l'époque où parut cette note, un médecin de Lyon, F. Barjon, poursuivait sur un grand nombre de malades l'étude des caractères présentés par les athropaties déformantes, à l'exploration par les rayons X. Les résultats de ces recherches ont été exposés en détail, dans la remarquable thèse de l'auteur, paru en 1897 (1).

Ils diffèrent à maints égards de ceux qu'annonçaient Potain et Serbanesco. Toutefois sur un point, sur le premier, l'accord s'est établi d'une façon parfaite.

En effet, le Dr Barjon déclarait que lui et son collaborateur, M. Destot, avaient obtenu des résultats tout à fait conformes à ceux de Potain et Serbanesco, pour ce qui concerne les images radiographiques relevées chez les goutteux. Au contraire, les images obtenues dans les cas de rhumatisme articulaire chronique et dans les cas de nodosités d'Heberden différaient notablement de celles obtenues par leurs devanciers. Notamment les taches blanches, transparentes, signalées par Potain et Serbanesco, avaient toujours fait défaut.

Pour ce qui concerne en particulier les constatations faites dans les cas de rhumatisme articulaire chronique, voici comment s'exprimait F. Barjon :

Tandis que sur l'image radiographique d'une main normale, les extrémités articulaires sont séparées par un interligne très net, dû à la bande de cartilage articulaire qui enveloppe la tête osseuse et qui est transparente aux rayons X, sur l'image d'une main de rhumatisant chronique, « les extrémités osseuses sont augmentées de volume, comme soufflées et d'un aspect terne et grisâtre sans délimitation précise. La striation que l'on voit à l'état normal n'est plus qu'indiquée, la graisse a tout noyé et les contours des trabécules disparaissent dans cet empâtement général. Les surfaces articulaires sont complètement au contact l'une de l'autre, parfois plus ou moins soudées ensemble, parfois luxées ou subluxées. Le cartilage diarthrodial a complètement disparu. » Et cette disparition du cartilage articulaire, qui se traduit, sur l'image radiographique, par la disparition de l'interligne qu'il forme, représente une lésion précoce.

Quant aux nodosités d'Heberden, constamment l'examen radiographique a démontré qu'il s'agissait d'un « processus végétatif purement osseux »; de taches blanches transparentes, en rapport avec des dépôts uratiques, point. Dès lors, distinguer ces nodosités des tophus de la goutte est chose facile, avec le concours de la radiographie.

Somme toute, dans la goutte, « le processus est d'abord longtemps extra-articulaire, il ne devient articulaire que secondairement; les altérations articulaires sont peu marquées, tardives et plus limitées. Dans le rhumatisme, au contraire, le processus est primitivement intra-articulaire, les extrémités osseuses participent de bonne heure à l'ensemble des lésions. » De même, les nodosités d'Heberden seraient le produit d'un processus actif, paraissant avoir un point de départ inflammatoire intra-articulaire.

En fin de compte, Barjon déclarait dans une des conclusions de sa thèse que « l'emploi des rayons X peut être très utile pour permettre de différencier les lésions anatomiques créées par le syndrome rhumatismal chronique de celles des autres arthropathies déformantes (goutte et affections nerveuses) ».

Soit dit incidemment, le prof. Teissier, de Lyon, et son collaborateur G. Roques (*loc. cit.*), se sont exprimés en termes qui concordent à peu de choses près avec les déclarations de F. Barjon, relativement au concours que la radiographie est susceptible de fournir au médecin, pour faire le diagnostic du rhumatisme chronique déformant et du rhumatisme dyscrasique goutteux. On s'expliquera plus loin, sur ce qu'il a fait entendre par ces dénominations.

Ces préliminaires posés, quelle marche suivre, pour arriver à mettre un peu de clarté

(1) F. Barjon, *La Radiographie appliquée à l'étude des arthropathies déformantes*. Paris 1897, J.-B. Baillière et fils, éditeurs.

dans le domaine si confus des arthrites chroniques? Il faut, si l'on s'en rapporte à His, envisager ces affections à des points de vue très divers; il faut faire intervenir à la fois l'élément *étiologique*, la *nature de la diathèse* qui peut être en jeu, les *caractères cliniques de l'arthrite*, les *données fournies par l'anatomie pathologique* :

a) En se plaçant à un point de vue exclusivement clinique, Hoffa et Wollenberg ont proposé de répartir les arthrites chroniques entre les catégories suivantes, et His s'est rallié à ce mode de classification :

1° Le *rhumatisme articulaire chronique secondaire*; il est caractérisé par des inflammations et des déformations des jointures consécutives à des attaques de rhumatisme articulaire aigu typique;

2° La *polyarthrite chronique progressive*; elle réalise une disposition symétrique, elle débute presque toujours par les doigts et par les orteils; elle évolue tantôt d'une façon progressive, tantôt par poussées, avec ou sans fièvre. Elle comporte deux variétés : l'une d'elle se caractérise par la formation d'un épanchement et par la prolifération de la capsule articulaire (forme exsudative), l'autre, par le ratatinement de cette capsule, et par des déformations imputables à une arthrite sèche;

3° L'*arthrite déformante mono ou, tout au plus, oligo-articulaire*, dont une description classique nous a été donnée par Volkmann; son étiologie relève à la fois de la sénilité et du traumatisme;

4° Les *arthrites ankylosantes de la colonne vertébrale*, avec leurs diverses variétés décrites par Bechterew, par Strümpell, par P. Marie (*Spondylose rhizomyélique*);

5° Les *nodosités d'Heberden*, caractérisées par la présence, au niveau des articulations des doigts, de nodosités du volume d'un pois.

b) Considérées au point de vue purement anatomo-pathologique, ces mêmes affections peuvent, d'après His, être ramenées aux variétés suivantes :

1° Les formes dont le début est marqué par une dégénération du cartilage, la capsule articulaire n'étant intéressée qu'en seconde date et à un degré minime. Elles comprennent l'*arthrite déformante*, en partie la *spondylose rhizomyélique*, les *nodosités d'Heberden*, les *formes sèches de la polyarthrite progressive chronique*;

2° Les formes dans lesquelles le processus inflammatoire envahit primitivement la synoviale, les cartilages n'étant lésés que subséquemment. C'est ce qui a lieu dans les cas de rhumatisme articulaire chronique secondaire et dans la forme exsudative de la polyarthrite chronique.

c) Enfin, quand on ne prend en considération que l'élément étiologique, on peut, toujours d'après His, catégoriser ainsi les causes qui interviennent dans le développement des principales variétés d'arthrites chroniques :

1° *Traumatismes; hémorrhagies et inflammations antécédentes; tuberculose et ostéomyélites*. Ces diverses causes figurent dans l'étiologie de l'arthrite mono-articulaire déformante;

2° Le *rhumatisme articulaire aigu*; il représente l'unique cause du rhumatisme articulaire chronique secondaire;

3° *Certaines infections* en tête desquelles l'infection gonococcique, la syphilis, la tuberculose (Poncet). Variables sont les manifestations cliniques et les lésions articulaires, par lesquelles se traduit leur répercussion sur les jointures. Elles peuvent donner naissance — et cela peut se dire surtout de l'infection blennorrhagique, — à toutes les formes d'arthrite énumérées ci-dessus, depuis celle qui se traduit par une hydarthrose fugace, jusqu'aux diverses polyarthrites chroniques ankylosantes et déformantes, y compris la spondylose rhizomyélique.

Soit dit incidemment, le rôle de l'infection tuberculeuse dans la genèse des arthrites chroniques est encore très discuté. Il serait considérable, selon Poncet, selon Tissier.

Au contraire, Hoffa et d'autres auteurs allemands dénient à l'infection tuberculeuse toute participation au développement des arthrites chroniques;

4° Un groupe numériquement considérable d'arthrites chroniques est caractérisé par des allures qui éveillent également dans l'esprit l'idée d'une *origine infectieuse*, car elles s'accompagnent notamment de fièvre, de complications endo et péricardiques, à l'instar du rhumatisme articulaire aigu. Seulement, on n'a pas encore réussi à découvrir les micro-organismes pathogènes, qu'on suppose devoir leur donner naissance;

5° Reste un dernier groupe, dont l'importance numérique est loin d'être négligeable, et qui englobe les cas dont l'étiologie nous échappe totalement. C'est tout au plus si, dans l'un ou l'autre de ces cas, on peut être amené à soupçonner l'*intervention du froid*, ou de l'*hérédité pathologique*, ou une *parenté avec des affections telles que la goutte, le diabète, l'obésité*, certaines dermatoses, etc., de nature à faire supposer que ces arthrites sont l'expression d'un état morbide généralisé plutôt qu'une affection locale. C'est le cas pour les nodosités d'Heberden, dont les relations avec la goutte, avec le diabète sont connues depuis longtemps, et dont l'origine endogène est des plus vraisemblables. On en peut dire autant de la déformation des doigts, dite en baguettes de tambour, qu'on observe dans certains cas d'abcès et de gangrène des poumons, et de la camptodactylie (nodosités des articulations phalango-phalangiennes des doigts), signalée par Bouchard comme une manifestation concomitante de la dilatation de l'estomac.

Cette manière d'envisager le groupement des arthrites chroniques est à mettre en parallèle avec la classification proposée par les professeurs Teissier et Roques, de Lyon (*Nouveau Traité de Médecine et de Thérapeutique*, publié sous la direction de MM. P. Brouardel et A. Gilbert, t. VIII), adoptée depuis par Fenoglio, rapporteur au Congrès de médecine de Naples (1897), et par les professeurs Ott, rapporteur au quinzième Congrès allemand de médecine interne. Teissier et Roques ont classé les *rhumatismes chroniques* en trois groupes.

A. Le *premier groupe* est représenté par le rhumatisme chronique déformant, décrit encore sous les dénominations de *rhumatisme chronique progressif*, de *goutte asthénique* (Landré-Beauvais), de *rhumatisme noueux* (Trousseau). C'est un type net, bien limité, facile à distinguer, et qui, au point de vue étiologique, n'a rien de commun avec le rhumatisme articulaire aigu, ni avec le pseudo-rhumatisme articulaire aigu, ni avec la diathèse urique, ni avec les diathèses toxiques. Son étiologie est dominée par l'influence du froid humide et des moisissures. C'est, de plus, une maladie de l'âge mûr, à évolution lente, bilatérale, à durée ordinairement très longue et qui se localise de préférence sur les petites jointures. A ce premier groupe se rattachent les formes d'arthrites chroniques, connues sous les noms de *rhumatisme chronique partiel*, de *nodosités d'Haygarth*, de *rhumatisme osseux*, de *spondylose rhizomyélique* (Marie).

B. Le *deuxième groupe*, étiqueté sous la dénomination de rhumatisme chronique d'infection, offre ce caractère particulier, d'être sous la dépendance d'une infection antécédente; il comprend les arthrites chroniques qui succèdent au rhumatisme articulaire aigu, tantôt immédiatement, tantôt à plus longue échéance, ou dont l'étiologie est commandée par l'infection blennorrhagique, ou par la tuberculose, par une fièvre éruptive, etc. Le froid humide n'intervient qu'à titre de circonstance étiologique adjuvante. Au point de vue symptomatique, ce rhumatisme chronique d'infection ne diffère pas de celui qui ressortit au premier groupe; il évolue indifféremment sous les dehors d'une des trois variétés cliniques : rhumatisme chronique progressif, rhumatisme chronique partiel, spondylose rhizomyélique, que peut revêtir ce dernier.

C. Le *troisième groupe* comprend le rhumatisme chronique d'origine toxique ou dyscrasique, rhumatisme goutteux; au point de vue symptomatique, il embrasse de nouveau des arthrites d'aspects très divers, qu'on peut rattacher, jusqu'à un certain point, aux types suivants : *rhumatisme chronique simple* (tel qu'il a été décrit par Besnier), *rhumatisme chronique ostéalgique* (Durand-Fardel, Besnier) : *rétraction de l'aponévrose palmaire; nodosités d'Heberden; camptodactylie* de Bouchard : *rhumatisme chronique de la néphrite interstitielle; rhumatisme chronique biliaire* (Gilbert, Fournier et Lereboullet). L'étiologie des arthrites ou rhumatismes chroniques de ce troisième groupe est dominé par l'arthritisme. « Ce n'est pas de la goutte, ce n'est pas de l'arthrite goutteuse; mais comme dans la goutte, cela dérive de la grande diathèse arthritique, car il s'agit bien là d'une véritable dyscrasie, conséquence directe du ralentissement général de la nutrition ou du métabolisme vicié, et dont le terme le plus habituel est l'insuffisance rénale ».

***

Cet important travail établit les relations étroites entre les diverses manifestations de l'arthritisme, rhumatismes, goutte, gravelle, sciatiques, diabète et dermatoses dues à un excès d'acide urique dans l'organisme.

On peut affirmer que dans toutes ces affections, un traitement général s'impose toujours : des saignées uriques répétées avec cet excellent dissolvant l'urodonal, jamais toxique, sans contre-indication et d'une puissance considérable, puisqu'il est 37 fois plus actif que la lithine. Des thérapeutiques locales s'imposent évidemment (cœur, fièvre, arthralgies, eczémas, diabète, etc.), mais il faut toujours procéder en même temps à un drainage urique : les résultats en prouvent l'efficacité.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

De l'Usurpation du titre de Docteur

Par R. MARCEL PETIT
Avocat à la Cour d'Appel

Le premier Congrès des journalistes médicaux français, a entendu le 23 mars un rapport très documenté de M. Dieupart sur l'usurpation du titre de docteur. Cette question si importante pour la profession médicale a fait l'objet d'une jurisprudence des plus intéressantes et des plus variées.

L'article 19, paragraphe 1 de la loi du 30 novembre 1892, punit l'usurpation de titre accompagnant l'exercice illégal de la médecine. D'après les décisions que nous rapporterons au cours de ces notes, l'usurpation consiste, non pas seulement dans l'emploi du titre dans les certificats et dans les ordonnances, mais aussi dans les procédés employés pour commettre cette usurpation : plaques de porte, annonces... (V. Cour de Paris, 14 mars 1899, *Dalloz périodique*, 1904, 5e partie, p. 37; Cour de Dijon, 2 mai 1906, *Droit médical*, numéro d'avril 1907, p. 7; Tribunal de la Seine, 25 mai 1895, *D. p.*, 1896, 2, 189). Mais plusieurs conditions sont nécessai-

res pour que le délit soit nettement caractérisé ; exercice illégal de la médecine, usurpation du titre de docteur en médecine, absence du droit d'exercer. Tout d'abord, il faut que le titre usurpé soit celui de docteur en médecine ; si celui qui se rend coupable d'exercice illégal a pris simplement le titre de médecin, ou de docteur, ou de médecin spécialiste, il ne peut être poursuivi pour usurpation de titre (Cassation, 13 déc. 1889, *Sirey*, **1890**, 1re partie, p. 189, et *Journal officiel*, 20 mars 1891, Débats parlementaires : Chambre des députés, p. 679). Il faut aussi qu'il y ait absence du droit d'exercer, et sur ce point les termes de la loi de 1892 sont assez explicites. Il faut enfin qu'il y ait exercice illégal. S'il y a seulement usurpation du titre, cette usurpation ne tombe pas sous le coup de la loi (article 19, paragraphe 1), il en est ainsi pour les officiers de santé. Depuis 1892, comme sous l'empire de la loi de l'an X, les officiers de santé peuvent prendre le titre de docteur (Tribunal de Châteaudun, 24 mai 1895 et Cour de Paris, 15 avril 1896, *S.*, 1896, 2, 193 ; Cassation, criminelle, 3 fév. 1898, *D. p.*, 1900, 1, 561 ; 27 janv. 1898, *France judiciaire*, 1898, 2e partie, p. 86).

L'usurpation de titre, accompagnée d'exercice illégal de la médecine, est punie d'une amende de 1.000 à 2.000 francs et, en cas de récidive, d'une amende de 2.000 à 3.000 francs et d'un emprisonnement de six mois à un an, ou de l'une de ces deux peines seulement. De plus, les auteurs peuvent être l'objet de poursuites de la part des syndicats (Tribunal de la Seine, 10 nov. 1896, *S.*, 1897, 2, 83 ; Cour de Paris, 22 déc. 1899, *D. p.*, 1900, 2, 341 ; Tribunal de la Seine, 25 mai 1895, *S.*, 1895, 2, 21) et être aussi poursuivis pour escroquerie (Cour d'Aix, 12 juin 1896, *La Loi*, 15 juillet 1896).

L'article 20 de la loi de 1892 s'applique aux titres étrangers. D'après cet article, est considéré comme ayant usurpé le titre de docteur en médecine celui qui, exerçant l'art de guérir, fait précéder ou suivre son nom du titre de docteur en médecine sans en indiquer l'origine étrangère. Aucune difficulté ne s'élève sur l'application de ces dispositions : le délit n'est consommé que s'il y a emploi du titre de docteur en médecine sans indication d'origine et s'il y a exercice de l'art de guérir.

Cet article 20 a surtout trouvé son application en ce qui concerne les dentistes. La jurisprudence a décidé que les mots « exercice de la médecine » comprenaient l'art dentaire (Tribunal de la Seine, 25 mai 1895, *D. p.*, 1896, 2, 189, deux jugements ; Cour de Paris, 14 mars 1899, *D. p.*, 1900, 2, 262), et la dissimulation de l'origine étrangère du titre de docteur en médecine peut être, suivant les circonstances, aussi préjudiciable aux chirurgiens-dentistes qu'aux médecins.

D'après les mêmes décisions, le titre de docteur, joint au nom d'un dentiste, ne pourrait s'entendre que du titre de docteur en médecine français. Donc, tombe sous le coup des dispositions prohibitrices de la loi, le dentiste qui s'intitule « docteur X..., dentiste américain » (Cour de Paris, 14 mars 1899, précité, Rennes, 29 juillet 1896, *Journal des Parquets*, 1896, 2e partie, p. 119), mais non le dentiste qui met sur la plaque indicatrice de sa profession « docteur X... (de Philadelphie) » (Cour de Paris, 16 janv. 1904, *Gazette des tribunaux*, 1904, 1er partie, p. 422) (1).

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Consultations et Formulaire de thérapeutique médicale (cœur, vaisseaux, reins), par le Dr G.-E. Papillon, ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien médecin consultant de l'hôpital Lariboisière. — 1 volume in-18 relié, de 408 pages. — Année 1911. Prix : 5 francs, net 4 fr. 50 (Bernard Charmoy, 9, rue d'Assas, Paris).

Faciliter au praticien pressé le libellé d'une ordonnance parfois longue, surtout quand elle doit comporter à la fois : *formules médicamenteuses, régime alimentaire, préceptes d'hygiène spéciale* (*hydrothérapie, exercices physiques*, etc.), — lui faciliter aussi la variété dans les prescriptions successives dans une même famille ou à un même malade soumis à un traitement prolongé ; tel est le but de ce livre, où à chaque pas, dans les chapitres consacrés aux cardiopathies, se retrouve l'empreinte de l'Ecole de Potain.

Ce livre en main, le médecin sera certain de pouvoir ne formuler que des prescriptions d'application facile et d'exécution courante. Les formules éparses dans les « consultations » se retrouvent, considérablement augmentées, à la fin du livre dans un *Formulaire* où ne figurent que les médicaments utilisables dans les maladies de l'appareil circulatoire et des reins (objet du livre), mais essentiellement pratique dans sa forme abrégée : à chaque médicament on trouve les indications de solubilité, de posologie, des principales formes officinales... pas de surabondance de formules inutiles ou désuètes, mais quelques formules judicieusement choisies et d'exécution facile. Pour certains (arsenicaux, ferrugineux, etc.) le lecteur trouvera un choix considérable de formes médicamenteuses qui lui permettra de varier presque à l'infini les modes d'administration et de continuer ainsi certains traitements de longue haleine sans s'exposer à se répéter ni à lasser la patience du malade.

La question des *Régimes alimentaires* est présentée avec beaucoup de clarté et de précision, avec des exemples de menus qui seront très appréciés des malades et de leur entourage.

(1) *Gazette des Hôpitaux.*

CARNET DU PRATICIEN

Traitement des hémorroïdes

Hygiène. — Régularité des gardes-robes, de préférence le soir (car les hémorroïdes se réduisent plus facilement au repos de la nuit). En cas de constipation, lavements à l'eau bouillie froide, avec canule en caoutchouc, souple ; si cela ne suffit pas, capsules d'huile de ricin, frangula, graines inertes, jubol, podophylle, cascara, cure de raisin. Lotions de la région anale matin et soir, à l'eau boriquée froide, exercice régulier, pas d'équitation, pas d'excès de coït, friction sèche tous les jours.

Prurit:

Extrait fluide d'hamamélis	15	grammes
— fluide d'ergotine	60	—
— fluide d'hydratis	60	—
Huile d'olives phéniquée à 5 0/0	150	—

50 à 60 gr. de mélange bien agité, en injection rectales. (Adler.)

Alimentation. — Régime sobre, pas d'excitants ni de mets épicés, pas d'alcool, de vin vieux, de liqueurs, ni gibier faisandé, ni fromages forts, éviter les repas plantureux.

Hémorroïdes externes. — Lorsqu'elles sont flasques, indolentes et qu'elles gênent, elles peuvent être enlevées au galvano-cautère, ou excisées.

Si, au contraire, elles sont turgescentes et douloureuses : repos au lit, application en permanence d'ouate hydrophile trempée dans l'eau très chaude, et recouverte de taffetas-chiffon. Si cela ne suffit pas, imprégner l'ouate de solution de cocaïne à 1/50 ou onctions à l'onguent populeum. Ou avec la pommade suivante :

Chlorhydrate de cocaïne	0.50	centigr.
Extrait thébaïque	0.50	—
Extrait de ratanhia	2	grammes.
Onguent populeum	30	—

ou avec la pommade au calomel (2 grammes pour 30).

S'il y a du suintement, appliquer des compresses imbibées d'eau blanche, sécher et saupoudrer ensuite avec :

Oxyde de zinc	} ãã
Talc stérilisé	

Hémorroïdes internes. — Si elles sont procidentes, les réduire par le taxis avec une éponge imbibée d'eau bouillie froide. En cas d'échec, recourir aux grands bains, aux pulvérisations phéniquées à 1 p. 1.000, aux applications de vessie de glace.

Si les hémorroïdes ne sont pas procidentes, combattre la constipation et faire des lavages à l'eau bouillie très chaude ou froide.

Traitement interne. — Hamamelis virginica sous forme d'extrait fluide : 4 à 5 grammes par jour en trois fois, ou d'extrait sec : 0.05 centigrammes à 0.20 centigrammes par jour.

Extrait aqueux de capsicum annuum : 0.75 centigrammes à 2 grammes en pilules ou cachets comme suit :

Extrait aqueux de capsicum	0 05	centigr.
Extrait sec d'hamamelis	0.05	—

pour une pilule, 4 par jour avant les repas.

Traitement symptomatique. — Contre la douleur Tamponner, tous les matins, les hémorrhoïdes avec de l'eau alcoolisée, aussi chaude que possible (un verre d'alcool à 90° pour un litre d'eau). Si la douleur est très vives, répéter plusieurs fois par jour.

Suppositoires suivants :

Extrait de ratanhia	0.50	centigr.
Chlorhydrate de morphine	0.02	—
Beurre de cacao	5	grammes

Ou :

Chlorhydrate de cocaïne	0.02	centigr.
Extrait de belladone	0.02	—
Beurre de cacao	5	grammes.

Contre l'hémorragie : lavements froids d'eau boriquée à 4 p. 100, avec, par litre, une cuillerée à soupe d'eau de Pagliari (qui renferme benjoin, alun et eau) ou introduire dans l'anus des fragments de glaces enveloppés dans un sac de baudruche — ou faire le tamponnement rectal à la gaze iodoformée — ou lavements d'antipyrine à 1/20 ou encore suppositoires suivants :

Chrysarobine	0.15	centig.
Extrait de belladone	0.02	—
Beurre de cacao	5	grammes.

En cas d'insuccès donner à l'intérieur la potion au chlorure de calcium ou à l'ergotine comme les suivantes et recourir aux injections intra-rectales d'eau très chaude.

On alterne les deux potions suivantes :

Ergotine Bonjean	4	grammes.
Acide gallique	1	—
Sirop de térébenthine	30	—
Eau distillée q. s. p.	120	—

Et d'autre part :

Chlorure de calcium	4	grammes.
Sirop thébaïque	30	—
Eau de menthe q. s. p.	120	—

Une cuillerée de chaque toutes les deux heures en alternant toutes les heures.

(Prof. A. Robin.)

Vaginite blennorrhagique chronique

Faire des injections au permanganate de potasse et, dans l'intervalle des injections, maintenir, dans le vagin, des tampons enduits d'une des pommades isolantes et antiseptiques suivantes :

(a)	Dermatol	5	grammes
	Iodoforme	5	—
	Vaseline	20	—
(b)	Benjoin	5	grammes
	Camphre	5	—
	Cubèbe	5	—
	Vaseline	25	—

La première est plus irritante que la seconde et doit être remplacée par celle-ci s'il se produit de la rougeur et de la cuisson.

Dr Doléris.

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 40.000 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 33, rue J.-J. Rousseau

Le Gérant : Docteur Lucien-Graux.

ÉCHOS

La statistique du cancer

M. Jacques Bertillon a montré à l'Académie, sur une carte de France, qu'on peut tracer en trois coups de plume la région où le cancer est fréquent dans les campagnes et celle où il est rare. Tirez un trait de Caen à Angers, un autre d'Angers à Dijon, un troisième de Dijon à Mézières. Tout ce qui est à l'intérieur du carré ainsi tracé est très frappé par le cancer; ce qui est en dehors l'est deux fois, ou trois fois ou quatre fois moins (toutefois le cancer est assez fréquent dans la Vendée et dans l'Isère).

Nous pouvons tracer un autre carré, aussi favorisé que l'autre l'est peu. Tirons un trait de La Rochelle à Saint-Etienne et de là au Rhône. Le carré limité par cette ligne, le Rhône et les Pyrénées, ne contient pas un seul département où le cancer ait une fréquence notable. Ainsi un carré fatal dans le nord-est de la France, un carré béni du sort au sud-ouest, ainsi se résume la distribution du cancer dans les campagnes françaises, d'après la carte présentée à l'Académie par M. Bertillon.

Le cancer est toujours beaucoup plus fréquent dans les villes que dans les campagnes. En général, le cancer est plus fréquent dans les pays du Nord de l'Europe (Angleterre, 91 décès annuels pour 100.000 habitants; Norvège, 100; Pays Bas, 101, etc.), que dans le centre de l'Europe (Prusse, 71; Autriche, 78; France, 76); et beaucoup plus rare dans les pays baignés par la Méditerranée (Espagne, 48; Italie, 61; population européenne de l'Algérie, 32). Il faut ajouter qu'il est rare aussi en Hongrie (42).

Il a une fréquence assez analogue à celle de l'Europe centrale, dans les colonies australiennes; il serait rare à Ceylan, très rare à la Jamaïque.

Sa fréquence augmente dans tous les pays sans exception. En Angleterre elle a presque triplé depuis cinquante ans. Les statistiques des autres pays sont moins anciennes, mais montrent un accroissement au moins aussi rapide.

La statistique parisienne montre que le cancer précoce, moins de cinquante-cinq ans, n'augmente pas de fréquence. M. Bertillon montre aussi qu'il n'y a aucun accroissement de fréquence du cancer du sein, ni des organes féminins, ni du cancer dit des fumeurs. L'accroissement de fréquence porte uniquement sur les cancers de l'estomac, et le cancer des intestins et du rectum, en un mot, sur le cancer des organes de la digestion. Est-ce donc dans l'alimentation qu'il faut chercher la cause du développement effrayant de cette maladie? Les statistiques interrogées sur ce point, ne donnent pas de réponse bien nette.

Le cancer devient une des plaies les plus cruelles de l'humanité. En Angleterre il cause presque autant de décès (34.053 en 1909) que la tuberculose pulmonaire (38.639). En France, en 1908 il en a causé 30.124. Et nous venons de voir que ces chiffres, pourtant formidables tendent, à grossir encore.

Sous les drapeaux.

Le ministre de la Guerre vient d'inviter les généraux commandant les corps d'armée à lui faire parvenir d'urgence l'état nominatif des étudiants en médecine, possédant huit inscriptions au plus, faisant actuellement leur service militaire, qui seraient désireux d'achever leur temps de service en Algérie.

Les étudiants en médecine qui sont dans les conditions requises sont donc priés, dans leur intérêt, de faire connaître, au plus tôt, leur désir à qui de droit.

La fin du Lépreux.

Les journaux politiques relatent qu'il y avait depuis quelques jours, à l'hôpital Sainte-Anne, un lépreux. Ce lépreux vient de mourir, et ce fut pour lui le terme d'un rude calvaire.

Il se nommait Augustin Gorostiago et était né à Assomption (Paraguay) en 1888. Après avoir recueilli l'héritage de ses parents, Augustin Gorostiago, qui était étudiant en médecine, était venu à Paris où il ne tarda pas à dilapider sa fortune; on le vit un chauffeur d'automobile, qu'il n'avait pu payer le fit arrêter. Il fut envoyé au Dépôt où on reconnut qu'il était atteint de la lèpre.

L'administration était fort embarrassée de son prisonnier, d'autant plus que le tribunal l'avait acquitté et qu'il ne paraissait possible ni de le rendre à la liberté, ni de le rapatrier, aucun capitaine de navire ne consentant à le prendre à son bord.

En dernier lieu, comme il donnait des signes de dérangement cérébral, il fut transféré à Sainte-Anne: C'est là qu'il est mort.

A la Salpêtrière.

Sur le rapport de M. le docteur Navarre, le Conseil Municipal a décidé que la place de chef de service de l'Institut municipal d'électrothérapie à la Salpêtrière serait mis au concours.

Le Jury sera composé de MM. Gariel, d'Arsonval, Béclère, Babinski, Tripier, Pozzi, le président de la Société française d'électrothérapie, Salmon, Navarre.

Cours de Vacances de M. Calot du 31 juillet au 6 août 1911 à l'Institut Orthopédique de Berck (5e année).

En sept jours, de 8 heures du matin à 7 heures du soir, enseignement de l'orthopédie indispensable aux médecins et du traitement des tuberculoses externes, coxalgie, mal de Pott, tumeurs blanches, luxation congénitale de la hanche, déviations, maladies des os et des articulations, etc.

Neuf conférences avec leçons, présentation de malades, démonstrations et exercices pratiques individuels.

Programme des conférences

I. Lundi 31 juillet (10 h. matin): M. Calot, la technique des appareils (plâtre, moulage, celluloïd). Les généralités indispensables sur le traitement des tuberculoses externes. Injections et liquides modificateurs. Adénites. Tuberculoses du testicule et de l'épididyme. — II. Mardi 1er août (10 h. matin): M. Calot, le mal de Pott, corsets, traitement de la gibbosité, des abcès, de la paralysie. — III. Mercredi 2 août (10 h. matin): M. Calot, traitement de la coxalgie, injections dans la hanche, appareils du membre inférieur — IV. Jeudi 3 août (10 h. matin): M. Calot, traitement des tumeurs blanches: genou, pied, épaule, coude, poignet. Injections intra-articulaires. Appareils de ces régions. — V. Vendredi 4 août (10 h. matin): M. Calot, traitement de la luxation congénitale de la hanche. Réduction de plusieurs luxations. — VI. Samedi 5 août (5 h. soir): Dr Privat, traitement de la paralysie infantile, du pied-bot paralytique. Syphilis des os et des articulations. — VII. Samedi 5 août (10 h. matin): Dr Fouchou-Lapeyrade radiologie et radiothérapie, traitement du torticolis, de l'ostéomyélite aiguë et chronique. — VIII. Samedi 5 août (4 h. soir): Dr Fouchet, traitement de la scoliose, gymnastique médicale. — Dimanche 6 août (10 h. matin): M. Calot, traitement du pied-bot congénital, traitement de la tarsalgie, de la maladie de Little, des déformations rachitiques.

Sont admis les médecins et étudiants français et étrangers.

Chaque élève inscrit sera exercé individuellement à la technique des appareils et des ponctions et injections, et aussi, dans la mesure du possible, aux diverses opérations.

Pour l'inscription, les renseignements et le mode d'installation à Berck s'adresser dès maintenant au Dr Fouchet, chirurgien assistant de l'Institut orthopédique à Berck-Plage (P.-de-C.).

Droits à verser: 10 francs pour les leçons, démonstrations et exercices pratiques.

Le nombre des places étant limité, on est prié de s'inscrire à l'avance.

REVUE D'ASSURANCES

NOTRE NOUVEAU SERVICE

A partir de ce jour, notre nouveau service de *Défense des Contributions et d'Assurances* est mis gratuitement à l'entière disposition de nos lecteurs.

Nous nous sommes adjoints le concours d'une Commission de techniciens spécialistes de premier ordre qui les renseignera sur toutes les questions qui seront soumises à son examen.

Les attributions de notre nouveau service sont dès plus étendues; voici la nomenclature des principales:

Contributions: Imposition foncière, contribution mobilière, cote personnelle, patentes, taxe de chevaux, voitures et automobiles.

Assurances: Incendie, accidents, responsabilité civile, vol, vie.

Les avis donnés par ces spécialistes sont *entièrement gratuits*.

Adresser la correspondance à la *Gazette Médicale*, service des Détaxes. (Joindre une enveloppe affranchie pour la réponse.)

Nous engageons nos lecteurs à nous faire parvenir, *sans retard*, leurs feuilles de contribut ous de toutes natures. Nous leur dirons en les leur renvoyant, *sans aucun frais*, si elles sont exactes ou s'ils doivent faire une réclamation.

REVUE IMMOBILIÈRE

I. — PROPRIÉTÉS RURALES

1° **Dans l'Yonne, à 2 heures de Paris**, propriété d'agrément et de rapport comprenant: château moderne style Renaissance très bien situé sur hauteur et jouissant d'une vue étendue. Source intarissable, ruisseau à écrevisses. Belle chasse. Domaine de 359 hectares d'un seul tenant, moitié bois et terres, d'un revenu annuel approximatif de 15.000 fr. Prix demandé: 270.000 francs. (2.580)

2° **Dans l'Oise**, à 60 kilomètres de Paris et à 3 minutes d'une gare d'express, château moderne très bien construit, pourvu de nombreuses réceptions. 5 chambres de maîtres, cabinets de toilette, très beau parc de 2 hectares clos de murs. Véritable occasion à 100.000 francs. (2.609)

3° **Sologne**, à 8 kilomètres d'une gare d'express, petit domaine de chasse avec habitation confortable bien située sur hauteur, dans joli pays. Nombreux communs, petite ferme de 22 hectares, bois 45 hectares, étang, en tout 74 hectares d'un seul tenant entièrement clos de treillage et bordés par rivière sur 800 mètres. Voisinage de grandes chasses bien entretenues. Prix demandé: 120.000 francs. (On pourrait y joindre une ferme de 60 hectares contiguë au domaine.) (2.596)

4° **Aux environs de Meaux**, petit chalet ancien, 6 chambres de maîtres, cabinet de toilette, à 200 mètres de la Marne poissonneuse et canotable. Grand jardin de 5.000 mq. (Possibilité de s'agrandir jusqu'à concurrence de 3.500 mq. pour 2.000 francs environ). Prix demandé: 30.000 fr. (2.567)

II. — HOTELS PARTICULIERS

5° **Etoile.** — Dans une jolie rue, entre les avenues d'Iéna et Marceau, nous connaissons un hôtel bien exposé au midi, grand et petit salon, 5 chambres de maîtres, 2 salles de bains, lingerie, 6 chambres de domestiques, vastes écuries et remises. Prix des plus avantageux à 215.000 francs.

6° **Auteuil.** — Dans une rue très large, sillonnée par un tramway et à quelques mètres du futur métro, nous recommandons un charmant petit hôtel tout récemment reconstruit avec le dernier confort. Il possède un jardin des plus agréables, salle à manger gothique, salon, bureau, 4 chambres de maîtres, écurie, remise, téléphone, électricité. Prix des plus avantageux à 150.000 francs.

III. — MAISONS DE RAPPORT

7° Rue des Petites-Écuries, maison en bon état. Jamais de non-valeurs. Revenu 39.600 francs. Prix 575.000 francs, contrat en mains.

REVUE FINANCIÈRE

La Bourse se désintéresse de la campagne marocaine et parait rassurée. Il y a eu la semaine dernière un peu de flottement sur les nouvelles de Vienne, mais le calme est revenu.

Rien de particulier sur les fonds d'Etats. Les Banques sont hésitantes. La Banque de France est à 3.994. Le Comptoir National d'Escompte gagne 15 francs et la Société Générale est en hausse marquée suivant nos prévisions.

Les Banques Mexicaines sont moins offertes à la suite de nouvelles meilleures. Le dividende de la Banque Nationale du Mexique sera égal cette année à celui de 1909, soit 20 piastres ou 20 0/0, sur lequel il a été payé en janvier dernier un acompte de 6 piastres. L'action fait 1.109 au lieu de 1.107. La Banque de Londres et de Mexico passe de 632 à 634, la Banque Centrale Mexicaine de 470 à 472.

Nous avions depuis longtemps attiré l'attention de nos lecteurs sur ce compartiment, et nous croyons que beaucoup d'entre eux ont pu se réjouir d'avoir suivi nos conseils et d'avoir acheté à des cours avantageux ces banques qui, d'ailleurs, n'ont pas dit leur dernier mot. La Centrale Mexicaine notamment, verra mieux.

Les Central Mining qui viennent de toucher 333 francs sont très bonnes à prendre à ce cours. Et es ne peuvent que monter. C'est à n'en pas douter un cours d'achat. Il en est de même pour les Sucreries d'Egypte, — actions ordinaires à 79 fr. 50, ainsi que des Motor Cab (preferred). Cette excellente affaire se réorganise complètement et va obtenir des bénéfices très importants cette année avec l'affluence des visiteurs qui vont venir assister à Londres aux fêtes du couronnement. Elle rapporte déjà 10 0 0 au cours actuel. On la verra à un cours plus élevé avant peu sans doute.

Les valeurs russes sont un peu délaissées. Il semble qu'il y ait beaucoup de vendeurs à découvert. Ils pourraient bien se faire pourchasser comme il y a quelque temps, au grand plaisir des acheteurs.

Le cercle de Monaco a passé de 5.392 l'action entière à 5.195 et de 1.085 à 1.039 le cinquième. Le dividende de 1910 a été fixé à 320 francs contre 315 francs en 1909 et 300 francs en 1908.

On parle d'un procès qui serait fait à la Camp Bird et elle paraît bien payée à 42 francs. La prudence s'impose.

Par contre les Lonély nous semblent attrayantes à 88 francs: elles ne resteront sans doute pas longtemps à ce cours.

A. S. WEIL.

82e Année (Série XIIIe) — N° 94 Le Numéro : 25 Centimes Mercredi 17 Mai 1911

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
9, Rue Denis-Poisson, PARIS
TÉLÉPHONE : 573-40

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale......... 15 fr.
Edition Espagnole .... 10 fr.
Edition Portugaise.... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

ÉCHOS

A l'Académie.

Nous apprenons avec plaisir l'élection comme membre de l'Académie de Médecine du Dr Achard, professeur de pathologie générale à la Faculté.

La typhoïde.

Les étudiants et les personnes donnant des soins à des malades atteints de fièvre typhoïde, qui désirent se faire vacciner préventivement contre cette maladie, peuvent s'adresser à l'Hôtel-Dieu (Service du Prof. Chantemesse).

Inspecteur général adjoint des services administratifs.

Un concours pour l'admission à l'emploi d'inspecteur général adjoint des services administratifs, docteur en médecine ou technicien d'une compétence spéciale en matière d'hygiène publique, on de service sanitaire, s'ouvrira à Paris, au ministère de l'Intérieur, le 26 mai 1911. Les demandes seront inscrites au ministère de l'Intérieur, 13, rue Cambacérès.

Accoucheurs des hôpitaux et hospices de Paris.

Le jury du prochain concours pour les places vacantes d'accoucheur des hôpitaux et hospices de Paris vient d'être composé comme suit : MM. les professeurs et docteurs Jnst, Lucas-Championnière, Alban Ribemont-Dessaignes, Pinard, Camille Champetier de Ribes, tous quatre de l'Académie de médecine, Pierre Marie, Gabriel Bouffe de Saint-Blaise et Hippolyte Morestin.

Onze candidats se sont fait inscrire. En voici les noms : MM. les Drs Leguenx, chef de clinique à la faculté (Tarnier); Joseph Monchotte, chef de clinique; Robert Lacasse, chef de clinique (Baudelocque); Louis Devraigne, chef de clinique adjoint (Tarnier); Robert Dupont, chef de clinique adjoint (Beaujon); Paul Guéniot, Marcel Delestre, Chirié, C. Sauvage, Victor Le Lorier, Joseph Lemeland.

Les Prédictions des Étudiants.

L'Association corporative des étudiants en médecine, suspectant la formation du jury du concours de prosectorat qui vient de s'ouvrir, avait organisé un concours pour désigner à l'avarice les deux candidats qui, selon leurs relations, devaient être élus. Les résultats de ce curieux concours ont été connus hier. A l'Association, rue Dante, on nous dit à ce sujet :

— Les médecins et étudiants qui ont voté sont au nombre de 317. Or, à l'unanimité, c'est-à-dire par 315 et 313 voix, ils ont désigné comme futurs lauréats du concours MM. Berger et Basset.

Il ne reste plus qu'à attendre les résultats réels des examens.

Deuxième Congrès international d'urologie.

Le deuxième Congrès de l'Association internationale d'Urologie se tiendra à Londres, du 24 au juillet prochain, sous la présidence du professeur Hurry Fenwick.

Les questions à l'ordre du jour sont les suivantes : 1° Phosphaturie et Oxalurie : Rapporteurs : MM. Hogge (Liége) et Péchère (Bruxelles); Richter (Berlin); Teissier (Lyon). — 2° Résultats éloignés des Prostatectomies; Rapporteurs : MM. Proust (Paris); Regino Gonzalès (Mexico); Young (Baltimore); Zuckerkandl (Vienne). — 3° Des résections larges de la vessie; Rapporteurs : MM. Hurry Fenwick (Londres); Giordano (Venise); Rovsing (Copenhague).

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Dr Desnos, secrétaire général, 59, rue de La Boétie, à Paris.

Congrès de l'Association des Professeurs des Ecoles de Médecine et de Pharmacie de France.

L'Association des Professeurs des Ecoles de Médecine et de Pharmacie de France a tenu sa première assemblée, le 1er mai, dans l'amphithéâtre de la Faculté de Médecine de Paris.

Elle a pris acte de l'importante manifestation de l'Académie de Médecine (séance du 28 mars) à la suite de la communication de M. le Professeur Motais, d'Angers, sur *les Ecoles préparatoires de Médecine et de Pharmacie; importance de leur rôle dans l'enseignement médical.*

MM. les Professeurs Lahbé, Guyon, Blanchard, Gariel, Pouchet, Bureau, s'appuyant eux-mêmes sur les opinions publiquement exprimées des professeurs Tillaux, Lancereaux, Troisier, Gautier et du Doyen de la Faculté de Médecine de Paris, professeur Landouzy, ont présenté les déclarations suivantes :

L'encombrement de la Faculté de Médecine de Paris ne permet pas aux débutants un accès suffisant aux cliniques, aux laboratoires, à l'amphithéâtre, il en résulte que les notions élémentaires, base de tout enseignement médical sérieux, y sont imparfaitement acquises.

Les Ecoles de Médecine et Pharmacie sont au contraire parfaitement organisées pour cet enseignement élémentaire. Il est donc « d'un immense avantage pour nos fils (Pr. Landouzy) de faire en province leurs premières années d'études médicales ».

Dans l'intérêt de l'enseignement des sciences médicales, il est de la plus haute importance que ces faits si énergiquement affirmés par l'Académie de médecine soient portés à la connaissance des familles et des futurs étudiants.

L'Association a en outre discuté divers rapports concernant les études médicales et pharmaceutiques dans les Ecoles de Médecine et Pharmacie. Les conclusions votées ont été immédiatement présentées au ministre de l'Instruction Publique par une délégation de l'Association.

A propos de poursuite pour exercice illégal de la médecine.

D'après le *Bulletin Médical*, le Syndicat médical de Dunkerque a voulu faire poursuivre, pour exercice illégal de la médecine, une femme qui se livrait à la pratique des accouchements et qui propageait la fièvre puerpérale. Le parquet n'ayant pas consenti à agir de lui-même, le Syndicat s'est porté partie civile. Le procès a été ainsi engagé, et la femme a été condamnée. Mais voici où l'histoire se corse :

La femme étant insolvable, le Parquet a refusé, sous prétexte que la condamnée était âgée, de recourir à la contrainte par corps, bien que le Syndicat se soit engagé à payer les frais de la pension en prison. Le Syndicat a donc été obligé de payer les frais du procès, soit 230 francs, et le résultat obtenu a été nul, car la femme continue à exercer son métier et déclare se moquer de sa condamnation qui n'a entraîné aucune sanction.

En signalant à ses confrères ce fait instructif, M. le Dr Dewèvre (de Dunkerque) a pensé, avec juste raison, qu'il méritait d'être porté à la connaissance des Syndicats, afin qu'ils sachent à quoi ils s'exposent quand ils décident des poursuites en exercice illégal.

M. le Dr Oui a fait remarquer à ce propos qu'on avait tort de se contenter, dans ces cas, de réclamer un franc de dommages et intérêts; il faut demander davantage et exiger, si l'on n'est pas payé, la contrainte par corps. On peut encore, quand il y a ainsi propagation d'infection puerpérale par une de ces matrones, la faire poursuivre par les familles pour homicide par imprudence. Dans ces conditions, on obtient des condamnations sévères à la prison.

Traitement opératoire et Traitement conservateur dans la

COXALGIE INFANTILE

Par le Dr Paul COUDRAY
Ancien Chef de Clinique de la Faculté

La question de la résection de la hanche ou des évidements intra-articulaires, qui aboutissent à peu près au même résultat, semblait jugée il y a un bon nombre d'années déjà; on s'accordait généralement à considérer ces interventions comme la ressource ultime des cas graves, suppurés, chez des sujets menacés de septicémie. Depuis quelque temps, sous le couvert de techniques nouvelles, nous assistons à un retour offensif de la chirurgie opératoire ayant pour but de substituer l'intervention précoce à la méthode conservatrice dans les coxalgies de moyenne gravité. Il nous semble que cette pratique n'est justifiée ni par les résultats annoncés, ni par la soi-disant faillite des moyens conservateurs que ses partisans invoquent avec trop de complaisance.

I. Taylor, Mosetig-Moorhof, Vignard ont attaché leur nom à ces techniques nouvelles. *Taylor* (Trans. of amer. assoc. 1902) conseille la résection pour tous les cas de coxalgie dans lesquels la radiographie montre des altérations osseuses d'une certaine intensité, sans qu'il y ait menace de suppuration. Ce n'est pas qu'il juge impossible, dans ces cas, d'obtenir des résultats satisfaisants par les méthodes conservatrices, mais elles exigent, à son avis, des soins trop longs; avec la résection, la guérison sera beaucoup plus rapide. L'auteur attache une certaine importance à sa technique, dont les deux particularités sont : l'incision antérieure et la substitution de la formaline en solution à 2,5 p. 100 à l'acide phénique pur de Phelps. Une dizaine d'observations viennent à l'appui de cette technique, mais les renseignements qui nous intéressent le plus, c'est-à-dire les résultats éloignés, font complètement défaut.

Nous avons signalé le travail de Taylor surtout parce que nous y avons relevé cette prétention — qui sera reproduite par les autres néo-résectionnistes — de faire jouer à la radiographie le rôle capital dans la détermination opératoire. La radiographie permet d'apprécier assez exactement l'étendue des désordres osseux, mais elle ne renseigne en rien sur l'élément primordial de l'affection, à savoir sa tendance à la régression ou à la suppuration. Il y a des coxalgies bien caractérisées par leurs symptômes, leur évolution, dans lesquelles la radiographie ne révèle aucune lésion; d'autre part, certaines coxalgies qu'on pourrait juger fort graves à cause des destructions étendues de la tête et du col dont elles s'accompagnent, évoluent vers la guérison sans la moindre complication; en un mot, la radiographie est l'un des facteurs très utiles à consulter, mais ce n'est pas le seul, ni même le principal (1).

(1) Au dernier Congrès de Chirurgie, Ménard a exprimé une opinion analogue; il écrit : « J'ai suivi, jusqu'à la guérison, nombre de coxalgies avec cavernes visibles sur l'image radiographique, avec tache noire incluse dans la caverne et répondant à un séquestre. La guérison s'est effectuée sans complication spéciale. »

Le *plombage* ou *bourrage iodoformé* imaginé par Mosetig-Moorhof dans le but de combler les cavités osseuses, est venu donner un certain renouveau à la résection de la hanche. L'auteur n'applique tout d'abord cette opération qu'aux coxalgies suppurées (Wien. Klin. Woch., 1905), mais dans la suite, pour obtenir de meilleurs résultats, il est entraîné à préconiser l'intervention à une période relativement rapprochée du début, dès que la radiographie indique l'existence de lésions accusées. Les bons résultats immédiats obtenus par le chirurgien viennois ne sont pas faits pour surprendre, car le bourrage iodoformé réalise une bonne antisepsie du foyer opératoire et se prête fort bien aux pansements rares. Quant aux résultats éloignés, nous n'avons aucun renseignement à leur sujet.

Vignard (de Lyon) a obéi à la même tendance, aux mêmes suggestions que Mosetig-Moorhof dont il a adopté le pansement. L'opération qu'il pratique n'est pas une résection; c'est une exérèse osseuse aussi limitée que possible, un *curettage* qui, toutefois, réalise une résection véritable quand l'étendue des lésions l'exige. Dans son premier travail, présenté au Congrès de Chirurgie en 1909, l'auteur dit n'appliquer cette opération qu'aux coxalgies réellement graves, suppurées, et dans lesquelles la méthode conservatrice a échoué. Ainsi présenté, le curettage nous apparaît avec des dehors rassurants; on est de plus séduit par une technique tout à fait perfectionnée : précautions minutieuses destinées à empêcher le pus d'infecter la plaie, asséchement et stérilisation du foyer opératoire à l'air chaud, etc. Mais dans le mémoire documentaire paru récemment (*Revue de Chirurgie*, oct. et nov. 1910), il est manifeste que M. Vignard a étendu les indications du *curettage* à des coxalgies non suppurées, ne présentant même pas des allures graves; dans deux ou trois cas, l'opération a été pratiquée pour des coxalgies datant de cinq à six mois seulement. Enfin, l'auteur croit trop facilement à la faillite de la méthode conservatrice sous prétexte que l'immobilisation dans les appareils plâtrés utilisée pendant quelques mois n'amène pas une modification radicale dans l'état des malades; il semble, de plus, ignorer complètement une autre grande méthode qui s'appelle l'extension continue et ne pas attacher la moindre importance aux injections iodoformées dans le traitement des abcès. Les *résultats* fournis par le curettage de la hanche sont-ils de nature à restreindre la portée des constatations qui précèdent? Non, du moins pour le moment. Les résultats immédiats, jugés sur une statistique de 19 cas, sont très bons; il n'en peut être autrement avec une technique parfaite et une tendance à opérer hâtivement, mais la question des résultats tardifs ou définitifs reste entière. Une série de 7 malades opérés depuis deux ans permet seule quelques appréciations. Les opérés, au bout de ce temps, ont un raccourcissement de deux à trois centimètres environ, mais que sera ce raccourcissement lorsque les enfants qui ont subi l'opération à 5, 10, 12 ans auront 20 ans, c'est-à-dire quand ils auront achevé leur croissance. Ce raccourcissement, nous le connaissons à peu près à l'avance pour les cas où l'opération a détruit le cartilage d'accroissement qui unit le col à la tête du fémur. Sans doute, en limitant l'exérèse à la tête et à une partie du col on évitera, en général, les énormes raccourcissements de 12, 15, 17, 19 centimètres que quelques chirurgiens (Ollier, E. Bœckel, Kirmisson, etc.) ont signalés à la suite de résections sous-trochantériennes faites chez de très jeunes enfants, mais il faut savoir que la suppression seule du cartilage, estimée par l'un des pères de la résection de la hanche, Ollier, peut atteindre 8 à 10 centimètres. E. Bœckel a cité des raccourcissements de 5 et 7 centimètres à la suite de résections intra-cervicales chez des sujets qui étaient loin d'avoir achevé leur croissance.

Peut-on se flatter d'éviter les raccourcissements d'une certaine étendue par des interventions précoces, et par suite limitées comme des tunnellisations du col et des ablations partielles de la tête du fémur? Rien n'est moins certain. Nos recherches avec mon regretté maître V. Cornil corroborant celles d'Ollier montrent que les lésions partielles des cartilages de conjugaison, telles que les fractures verticales des épiphyses intéressant les cartilages eux-mêmes sont suivies de raccourcissements très appréciables. Un autre point de vue est à considérer : comment peut-on concilier ces interventions très parcimonieuses avec le curettage intégral de l'articulation, qui doit terminer l'opération?

Le raccourcissement physiologique créé par la suppression ou la lésion grave du cartilage d'accroissement a-t-il chance d'être compensé, soit par la suractivité fonctionnelle du cartilage persistant à l'autre extrémité osseuse, soit par l'allongement des os voisins de l'os reséqué, processus décrit par Ollier sous le nom d'allongement atrophique? L'analyse des faits expérimentaux et cliniques montre que le caractère compensateur des phénomènes en question est très inconstant, fort minime et de courte durée.

En règle, quand on enlève un cartilage de conjugaison ou la partie osseuse qui le supporte, il faut s'attendre à voir survenir un raccourcissement proportionné ou à peu près à l'activité physiologique de ce cartilage. Le fait suivant, qui a toute la valeur d'une expérience en est une nouvelle preuve ajoutée à bien d'autres.

En 1893, sur un petit garçon de quatre ans atteint d'une ostéite suppurée et grave de l'extrémité inférieure du radius, j'enlève à la curette environ 1 centimètre de cet os, c'est-à-dire la partie portant le cartilage d'accroissement détruit sans doute, en tout cas méconnaissable. Un an plus tard, la main étant fortement inclinée sur le bord radial de l'avant-bras par le fait de l'accroissement normal du cubitus, j'extirpai une bonne partie du cartilage inférieur de cet os (3 millimètres environ); dans la suite la main s'est redressée. Quatorze ans après, mon opéré, âgé de 20 ans, se sert très bien de sa main, mais le raccourcissement de son avant-bras est d'au moins 10 centimètres. Le radius gauche, côté opéré, mesure 16 centimètres, le droit 26; le cubitus gauche 15 cent. 1/2, le droit 28 cent. 1/2.

On trouve un peu partout des faits analogues, dans Ollier en particulier, mais j'ai

cité le cas personnel qui précède, parce qu'il est tout à fait démonstratif.

II. *Traitement conservateur*

La méthode conservatrice n'est pas aussi défaillante qu'on serait tenté de le croire en lisant les travaux des néo-résectionnistes; elle est, au contraire, très efficace, non seulement dans les coxalgies communes, mais aussi dans un grand nombre de coxalgies graves. Les travaux qui se sont multipliés depuis une quinzaine d'années, et dont la liste est fort longue, ont eu, comme tendance générale dans tous les pays, de faire ressortir l'efficacité des moyens conservateurs dans la coxalgie infantile et de réduire au minimum l'intervention sanglante. Très fréquemment la guérison survient avec l'intégrité des mouvements surtout lorsqu'on a recours à l'extension continue, soit avec des mouvements très étendus, souvent dans les cas anciens avec une ankylose, résultat favorisé par l'immobilisation employée comme moyen unique de traitement pendant toute la durée de la maladie. Mon opinion sur la méthode de choix, l'extension continue, n'a fait que se fortifier depuis 1894, époque à laquelle j'ai publié (*Bulletin Médical*) une statistique basée sur des observations longuement suivies, provenant de la pratique de mon maître le Prof. Lannelongue et de la mienne. Sur 24 cas, j'avais noté 10 guérisons intégrales : 7 fois dans des coxalgies datant de deux à sept mois, 3 fois dans des cas remontant à un an et à dix-huit mois. Une autre coxalgie de dix-huit mois de durée déjà, figurant sur la statistique comme guérie avec des mouvements limités, s'est terminée ultérieurement par le retour complet des mouvements grâce à l'emploi de l'extension continue pendant la nuit longtemps après la guérison. Dans une autre observation, la maladie particulièrement grave par l'ancienneté, l'état de rechute avec suppuration imminente de l'articulation, a pu guérir avec des mouvements très étendus après plus de dix-huit mois d'extension continue.

L'ankylose a été le résultat de la méthode dans deux coxalgies très anciennes. Enfin dans le reste des cas, suppurés ou non, avec fistules ou subluxations, c'est-à-dire très avancés, l'extension a pu améliorer la situation des sujets en rectifiant partiellement les attitudes vicieuses. Il va sans dire que la méthode dans de semblables conditions ne peut avoir la prétention d'amener à elle seule une solution définitive; elle doit se combiner soit au redressement avec chloroforme suivi d'immobilisation, soit à l'ostéotomie, soit enfin céder le pas aux opérations intra-articulaires.

Les abcès coxalgiques ont largement bénéficié des injections iodoformées; il n'est pas exagéré de dire que ces injections ont amélioré très notablement le pronostic des coxalgies graves ; qu'on se serve d'éther iodoformé, comme Verneuil l'avait indiqué après Von Mosetig-Moorhof, pratique à laquelle Kirmisson est resté fidèle, ou bien d'un mélange d'huile, d'éther, de créosote et d'iodoforme comme Lannelongue ou encore d'autres préparations, on obtient la guérison de ces abcès dans les trois quarts des cas environ, si j'en juge par mes résultats personnels.

Alors même que les injections échouent, elles n'ont pas été pour cela inutiles; il arrive que sous leur influence la modification de la membrane tuberculogène soit assez profonde pour permettre la guérison après une fistule temporaire, ou bien après l'incision simple. Si cette incision devient nécessaire, la méthode récemment imaginée par Th. Beck, le pansement bismuthé se présenterait comme un précieux adjuvant, d'après les résultats très intéressants que j'ai obtenus dans de petits abcès tuberculeux superficiels.

Nous résumerons ainsi qu'il suit les indications des divers procédés de traitement de la coxotuberculose :

1° *L'extension continue*, vulgarisée en France par Lannelongue il y a plus de trente ans, reste la méthode de choix; elle permet la guérison souvent intégrale, ou bien avec des mouvements très étendus, non seulement dans les cas récents, mais aussi dans nombre de coxalgies ayant déjà une assez longue durée; elle rectifie les attitudes vicieuses qui ne sont pas trop *anciennes;* elle favorise la guérison des abcès.

2° L'*immobilisation* dans les appareils plâtrés convient aux coxalgies qui ont une tendance manifeste à l'ankylose. Cette terminaison n'est qu'un pis-aller, mais dans les cas où l'on ne peut l'éviter, elle est encore préférable à une guérison avec des mouvements très limités qui ne servent à rien pour la fonction et peuvent devenir l'origine de déviations secondaires. Elle est préférable aussi, au point de vue de la solidité de la marche, à la plupart des résultats de la résection même précoce ou de l'évidement-curettage intra-articulaire.

3° Les injections *iodoformées* guérissent la grande majorité des abcès coxalgiques;

4° L'*intervention active* (résection typique, évidement, curettage) au cours de la maladie est la ressource ultime des cas, très rares, qui ont résisté aux moyens précédents, mais ces opérations doivent être mises en œuvre avant l'apparition des symptômes septicémiques et des dégénérescences viscérales. Les techniques indiquées par Mosetig-Moorhof, Viguard et Beck pourront rendre en pareil cas des services qui ne sont pas à dédaigner.

Autothérapie[1] ascitique

par injections massives intraveineuses

Par MM. J.-A. SICARD et GALUD

On a tenté récemment d'appliquer au traitement de l'ascite la méthode préconisée par Gilbert (de Genève), pour faciliter la résorption des épanchements pleuraux, c'est-à-dire l'injection sous-cutanée, répétée à plusieurs reprises et à quelques jours d'intervalle, d'une minime quantité, 5 à 10 centimètres cubes environ, du liquide prélevé dans la cavité séreuse.

C'est à Audibert et Monge que nous devons l'application de cette thérapeutique spéciale à l'ascite. Leur première tentative fut suivie d'un succès, au moins transitoirement.

D'une façon contemporaine ou à la suite de ces auteurs, des essais d'autothérapie ascitique sous-cutanée ont été faits. Les résultats obtenus furent disparates, et, dans leur ensemble, il faut l'avouer, peu encourageants (1).

Or, nous avons eu l'occasion de soigner depuis plus d'un an, dans le service de notre regretté maître M. Brissaud, une femme âgée de soixante-huit ans, atteinte d'ascite à grand épanchement, avec petit foie, rate grosse, légère circulation supplémentaire, bref, le tableau clinique de la cirrhose de Laënnec. On retrouvait chez cette malade des antécédents nettement alcooliques.

Tous les traitements classiques dirigés contre l'ascite avaient échoué : calomel, opothérapie hépatique, diurétiques divers, régime déchloruré. Il n'est pas jusqu'aux injections intrapéritonéales d'eau chlorurée hypertonique à 14 pour 1000, ou même de sérum de cheval, pratiquées dans un but soit de perturbation osmotique, soit de coagulation, qui n'aient été essayées. L'ascite se reproduisait fatalement et la paracentèse s'imposait toutes les trois semaines environ. Quinze ponctions, au taux évacuateur de 10 à 12 litres environ pour chacune d'elles, avaient déjà été pratiquées. Avec une telle spoliation, l'anémie séreuse s'accentuait, imprimant sa note cachectique à l'organisme, et faisant présager la pire évolution.

Dans ces conditions, il était indiqué de recourir à l'autothérapie dont on venait de vanter, par voie sous-cutanée, les bons effets. Pendant un certain temps, soit quotidiennement, ou à des intervalles de trois à quatre jours, des injections sous-cutanées du liquide ascitique furent faites à des doses variant entre 10 et 200 centimètres cubes. Mais aucun résultat ne fut appréciable. Il n'y eut même pas de polyurie consécutive. La courbe quotidienne du poids, apprécié par la balance, indiquait, sans répit, l'augmentation progressive du liquide.

C'est alors qu'abandonnant la voie d'introduction sous-cutanée, *nous eûmes recours à l'injection intraveineuse* classique, par la veine brachiale. Le liquide ascitique était recueilli dans un ballon à double tubulure, et sans transvasement, réinjecté aussitôt dans la circulation générale.

(1) Nous pensons que le terme d'autothérapie — avec la désignation à sa suite du nom du liquide humoral injecté — est plus légitime que celui de plasmothérapie (Audibert) ou sérothérapie (Gilbert, de Genève). Ce n'est pas, en effet, de plasma ou de sérum qu'il s'agit; c'est bien le liquide global, *totus substantiæ*, avec ses cellules, ses sels, ses diastases directes ou indirectes, etc., qui est de nouveau inoculé à l'organisme.

(1) Voir le *Journal médical français* (15 novembre 1910), où Castaigne a su grouper tous les travaux récents sur la plasmothérapie et la sérothérapie des épanchements des séreuses. On y trouvera notamment les remarquables études de Courmont, de Castaigne, d'Audibert, et les indications bibliographiques suivantes :

Audibert et Monge. *Pr. méd.*, n° 10, 2 février 1910.
Jennet. *Soc. médic. des hôp. d'Amiens*, novembre 1909.
Pron. *Soc. de Thérap.*, séance du 26 avril 1910.
Roger et Chauvin. *Montpellier méd.*, n° 21, 22, mai 1910.
Roque et Cordier. *Pr. méd.*, n° 50, 22 juin 1910.
Le Play. *Bull. med.*, n° 60, 7 juillet 1910.
Mlle Zolotareff. *Thèse* de Paris, 1910.
Castaigne. *Journal médical français*, n° 11, 15 novembre 1910.
Audibert. *Journal médical français*, n° 11, 15 novembre 1910.
Limouzi. *Ann. méd.-chir. du Centre*, 10 février 1910.
Le Clerch. Observation publiée par Audibert, *loco cit.*

Les doses dont nous nous sommes servis variaient pour chaque injection entre 300 et 500 centimètres cubes. En l'espace de ces quatre derniers mois, 4 lit. 1/2 de liquide ascitique furent ainsi utilisés et répartis en injections intraveineuses.

Or, dès la quatrième à cinquième piqûre veineuse, l'état général de la malade s'améliorait notablement, les forces revenaient, la marche devenait possible et surtout l'ascite régressait, et depuis lors restait stationnaire à une quantité que l'on peut cliniquement évaluer à deux ou trois litres. Aucune nouvelle ponction, franchement évacuatrice, n'était devenue nécessaire et, depuis deux semaines environ, toute thérapeuthique ascitique ou autre ayant cessé, l'évolution favorable se maintient.

Dans un autre cas plus récent et se rapportant également à une ascite d'origine hépato-splénique, type cirrhose de Laënnec, l'amélioration s'est dessinée nettement après la septième ou huitième injection massive et s'accentue progressivement.

Ces inoculations ascitiques intraveineuses, ainsi pratiquées avec le liquide *tout fraîchement* retiré, ne sont suivies d'aucune réaction locale ou générale. Parfois, mais non toujours, on note un certain degré de polyurie ; parfois également, on observe une très légère élévation thermique de quelques dixièmes de degré.

Par contre, si, pour éviter au malade l'ennui d'une piqûre abdominale hebdomadaire, on cherche à utiliser par voie veineuse le liquide ascitique, prélevé après large ponction abdominale et conservé ultérieurement aseptiquement, on s'expose, dans des conditions encore mal déterminées, à voir la température s'élever passagèrement le soir de l'injection aux environs de 39° à 39°5, avec réaction générale, légers frissons, sensation de malaise.

Aussi, conseillons-nous l'injection directement intraveineuse *aussitôt après* le prélèvement abdominal. Les désagréments de ces petites ponctions répétées peuvent être, du reste, réduits au minimum, par l'utilisation de l'anesthésie cocaïnique locale, et d'une aiguille appropriée à petit diamètre, avec aspiration pour l'évacuation ascitique.

Une autre précaution, celle-là *capitale* à notre avis, c'est le contrôle de la nature bacillaire ou non bacillaire de l'épanchement.

Toute ascite devant être traitée par la méthode autothérapique veineuse, sera préalablement inoculée à des doses suffisantes (20 à 30 centimètres cubes) à plusieurs cobayes, et ce n'est qu'après vérification rigoureuse de l'absence de toute contamination tuberculeuse que les injections veineuses seront pratiquées.

L'un de nous publiera dans sa thèse inaugurale les détails de ces observations cliniques et les recherches que nous avons faites pour essayer d'expliquer la pathogénie de ce processus curateur, tant au point de vue des réactions de précipitation, de coagulation, que de l'étude de la tension superficielle, du taux de l'albumine, etc., recherchées parallèlement dans le liquide ascitique et le sérum sanguin, avant et après la cure autothérapique veineuse. Il apparaît bien qu'il s'agit là d'un mécanisme spécial, car les injections veineuses d'eau chlorurée simple, faite massivement chez cette malade, provoquaient, au contraire, une augmentation manifeste de poids.

Nous n'avons voulu publier aujourd'hui cette note qu'à un point de vue directement pratique, en insistant sur l'innocuité de cette thérapeutique et sur son efficacité vis-à-vis *du relèvement de l'état général et de la régression locale de l'ascite*, au moins chez certains malades.

REVUE DE PÉDIATRIE

Débuts de la méningite tuberculeuse, par M. le professeur Hutinel (*Hôpital des Enfants-Malades*).

Les débuts de la méningite tuberculeuse sont loin de répondre toujours aux descriptions tracées par les auteurs classiques. Ils prennent, parfois, des allures sournoises en imposant pour une tout autre affection.

Quand la localisation méningée se déclare chez un bacillaire avéré et reconnu, ayant préalablement présenté une lésion pulmonaire, pleurale, osseuse, péritonéale, intestinale, médiastine, ganglionnaire, etc., tributaire du bacille de Koch, l'attention du médecin est suffisamment éveillée pour que, dans la plupart des cas, son diagnostic et son pronostic soient éclairés.

Mais il n'en est pas de même quand les accidents méningés éclatent chez un sujet jusque-là bien portant ou apparemment sain.

Entre ces deux modalités de la tuberculose méningée, on a voulu établir une distinction reproduite, d'ailleurs, dans les appellations de méningite secondaire et de méningite primitive sous lesquelles on les désigne.

Qu'il existe des méningites tuberculeuses primitives, nées en dehors de toute autre localisation antérieure d'une infection de la pituitaire, du cavum ou des végétations adénoïdes gagnant l'encéphale, la chose est possible. Mais, sans nul doute, elles doivent être exceptionnelles.

En réalité, la méningite tuberculeuse est presque toujours — sinon toujours — secondaire à une infection bacillaire avérée ou latente. Six à sept fois sur dix on retrouve, la précédant, une lésion d'un organe ou d'un appareil, une manifestation telle qu'une typho-bacillose rattachée, souvent après coup, à une origine qu'on n'avait pas suspectée. Les tuberculoses primitives deviennent de plus en plus rares au fur et à mesure qu'on approfondit l'histoire et qu'on scrute mieux les antécédents pathologiques de leurs porteurs.

Il importe de connaître les phénomènes prodromiques et initiaux non classiques d'une affection qui ne s'accommode pas d'un pronostic favorable.

En face d'un enfant jusque-là en bonne santé apparente, il faut toujours examiner ses antécédents, ceux de ses parents. Une coxalgie du père, une pleurésie de la mère, une prétendue fièvre muqueuse du petit malade, des troubles abdominaux antérieurs, de la polyadénite, des accidents articulaires oubliés, une cicatrice suffiront à vous lancer dans la bonne voie.

Une dystrophie cachectisante fait tout d'abord songer à l'hérédité spécifique chez un enfant bien alimenté, mais la réaction de Vassermann demeure négative. Tout de suite, songez à la possibilité d'une bacillose méningée commençante, dont un très prochain avenir démontrera trop souvent, hélas ! l'exactitude.

Recherchez des troubles récents ou anciens de nutrition : un arrêt de la croissance ou du poids corporel, un amaigrissement ou une pâleur trop marqués, une exagération du système pileux au niveau de la base du cou ou de la région interscapulaire, la longueur de cils soyeux, la mollesse des chairs.

Interrogez les ganglions cervicaux, inguinaux, axillaires. Une micropolyadénie en grains de plomb, surtout en l'absence de toute lésion cutanée récente, doit vous être suspecte ; elle dénote une infection latente qui pourrait bien être tuberculeuse. Voyez s'il n'existe pas d'adénopathie trachéo-bronchique, jusque-là, insoupçonnée : le médiastin est fréquemment une réserve de germes prêts à se diffuser dans l'organisme et à se localiser aux méninges, tout comme ailleurs.

L'enfant, plus ou moins anorexique, a des accès de fièvre vespéraux, sa courbe présente des clochers plus ou moins élevés, révélateurs d'une infection latente probablement tuberculeuse.

Un pouls inégal, instable, se modifiant sensiblement suivant la position debout ou assise de l'enfant, un pouls irrégulier devront vous mettre en garde et vous engager à rechercher s'il n'existe pas au poumon, au médiastin, quelque lésion suspectible de bacillose.

Parfois, souvent même, vous apprendrez que le caractère du petit patient s'est récemment modifié (de doux il est devenu irritable ou inversement), que ses capacités intellectuelles que sa faculté d'attention ont considérablement diminué. Ne sont-ce pas là des signes d'une insidieuse atteinte des enveloppes du cerveau ?

De temps en temps, les parents avaient constaté des poussées de céphalée de leur petit, coïncidant avec des accès de fièvre, avec une dilatation des veines frontales.

Tels sont les principaux prodromes et signes prémonitoires qu'il vous faudra rechercher. Leur découverte, encore qu'ils ne soient nullement pathognomoniques, vous incitera à la prudence. Vous suspecterez la possibilité d'une bacillose et ne vous exposerez pas à affirmer un pronostic que les faits viendraient démentir.

Etudions rapidement la valeur des trois grands symptômes qui, avec la fièvre, constituent le « trépied méningitique » : la céphalée, les vomissements, la constipation. Ils manquent dans bien des débuts de méningite tuberculeuse, ils se retrouvent à l'origine de bien d'autres affections.

La céphalée, chez nos enfants de trois à quinze ans, existe souvent ; mais parfois elle manque totalement. Hier, une ponction intrarachidienne, ramenant un liquide riche en lymphocytes et en albumine, m'a permis de reconnaître une méningite tuberculeuse commençante qui ne s'accompagnait d'aucune céphalée et avait été prise pour une fièvre typhoïde.

Chez les enfants un peu grands, la céphalée est fréquente ; elle est beaucoup plus rare chez ceux de six mois à deux ans, dont le cerveau est si rudimentaire.

Il en est de même des vomissements, vomissements faciles, sans effort, communs chez les plus grands, rares chez les tout petits.

Quant à la constipation, elle ne se rencontre guère plus régulièrement que les deux premiers symptômes ; parfois, elle fait défaut ou même est remplacée par la diarrhée.

Ces trois signes capitaux, pour être habituels à la méningite tuberculeuse, n'ont rien d'obligé ni de pathognomonique.

La dépression du ventre en bateau, souvent précoce dans cette affection, peut être le fait de vomissements acétonémiques qui s'accompagnent aussi de céphalée. Avec Richardière, nous nous proposions de faire, le lendemain d'une consultation, une ponction lombaire à un enfant atteint de céphalée, de vomissements, de constipation, de dilatation pupillaire et d'hyperexcitabilité musculaire. S'agissait-il d'acétonémie ou de tuberculose méningée ? Le lendemain, tous les accidents avaient disparu, avant l'heure de la ponction.

Les troubles dyspeptiques sont, en général, marqués dans la tuberculose méningée ; mais la langue n'est jamais sèche, elle est saburrale

La fièvre n'atteint pas souvent 40 degrés et ne les dépasse pas ; le plus souvent, elle se maintient autour de 38 à 39 degrés ; quelquefois, elle est moins mar[illegible]

Le pouls est généralement à [illegible] 120 ; au début de l'affection, il est variable. Le doigt, longtemps maintenu sur la radiale, surprend parfois une irrégularité. Celle-ci s'accentue par la suite et s'accompagne d'intermittences.

N'oubliez pas de vous rendre compte de l'état de la respiration et d'examiner les mouvements d'ascension et de retrait des parois abdominale et thoracique. Vous constaterez des accélérations, des arrêts, des soupirs, des ralentissements. Le diaphragme se mobilisera alors que les muscles extrinsèques de la respiration apparemment insensibles, demeureront inertes, ou inversement.

L'aspect du tuberculeux commençant une méningite dénote parfois sa tristesse on son hostilité. Il veut qu'on le « laisse tranquille », qu'on ne le fatigue pas, il semblerait qu'il ne veut pas être distrait de sa douleur.

Alors que le typhique demeure insensible, couché sur son dos, le méningitique reste dans le décubitus latéral, en chien de fusil, les yeux cachés sous les couvertures par suite d'une grande photophobie. Il est l'objet d'hallucinations qui, chez les plus grands, se doublent parfois de délire accentué. Ce n'est que plus tard qu'apparaîtront les cris caractéristiques de la souffrance méningée.

Tous ces signes initiaux n'ont rien de caractéristique, on ne saurait trop le répéter, mais ils précèdent et annoncent le plus souvent l'inégalité pupillaire, le strabisme, la ptose palpébrale, les contractures de la nuque et tous autres symptômes indiscutablement dénonciateurs d'une irritation de cerveau.

Parfois le trépied symptomatologique est remplacé par des manifestations convulsives, indiquant le début d'une méningite tuberculeuse.

Des nourrissons de sept à huit mois, jusque-là apparemment bien portants, sont pris de convulsions, dont rien n'annonçait l'approche. Leurs fontanelles sont saillantes, leur nuque raide, raidis sont également leurs membres: leur ventre est rétracté, leurs réflexes sont dissociés. Les convulsions, je le redis, marquent souvent le début de la tuberculose méningée.

Rien de surprenant à ce que le nourrisson au cerveau incomplet réagisse différemment de son aîné. Chez lui nulle ébauche de localisation ; quand son centre encéphatique est excité, c'est d'une manière diffuse, dont les convulsions sont l'expression.

Il serait injuste de dire que les convulsions ne sont que le lot des nourrissons, en matière de bacillose méningée. Chez des enfants plus grands, elles peuvent aussi se montrer, mais c'est qu'il existe alors une tumeur, un tuberculome cérébral ayant produit une méningite secondaire. Du moins telle était l'opinion d'Archambaud, de Rilliet et de Barthez, devenue une loi qui, cependant, a des exceptions.

Une légère raideur de la nuque peut se manifester tout au début de la méningite, alors que nulle céphalée, nulle douleur n'existe encore, alors que le signe de Kernig n'est pas encore ébauché. C'était le cas d'une fillette du service, toute souriante, entrée dans nos salles pour une prétendue entérocolite ; cette dernière était indéniable, de même qu'un souffle de la racine de la bronche gauche, dénonciateur d'adénopathie médiastine. Un jour que je voulais répondre à son sourire par une caresse de sa nuque, je m'aperçus qu'elle était un peu contracturée. Je fis procéder à une ponction lombaire qui retira un liquide fortement albumineux et lymphocytaire. Elle succomba quelques jours plus tard à une méningite tuberculeuse. Chez cette charmante enfant, on n'avait trouvé qu'une grosse constipation et un état fébrile oscillant entre 38° et 39°.

N'allez pas surtout en conclure que l'association d'une fièvre modérée et de la raideur de la nuque soit toujours un signe de méningite. « Voilà un enfant qui commence une méningite » me disait un de mes maîtres à propos d'un enfant présentant ces deux symptômes. Il s'agissait d'un mal de Pott cervical.

Parfois vous les verrez relever d'un abcès rétro-pharyngien, d'un adéno-phlegmon cervical. Il ne faudra donc envisager cette hypothèse de méningite qu'après avoir éliminé toutes les lésions locales susceptibles de provoquer la raideur de la nuque.

Si vous constatez chez un malade le signe de Kernig, rappelez-vous-en l'importance. Il devient encore plus suggestif, s'il s'accompagne d'une lymphocytose du liquide céphalo-rachidien ; contemporainement à lui vous trouverez souvent les modifications du pouls et de la respiration que je vous ai déjà signalées.

Un petit malade est en pleine fièvre, vous vous en demandez la raison ; vous avez remarqué simplement qu'il était abattu. Tout à coup, vous constatez une asymétrie faciale, une ptose de la paupière, du strabisme, une inégalité pupillaire, une hémiplégie. Méfiez-vous grandement, vous êtes en présence d'une lésion encéphalique, dont ces troubles paralytiques marquent parfois le début. Cherchez le signe des orteils de Babinski, celui de Brudzinski, la dissociation des réflexes, et n'oubliez pas d'étudier le liquide céphalo-rachidien, qui vous démontrera sa lymphocytose et sa richesse en albumine.

Certains tout petits sujets, assez longtemps avant de vous présenter des signes indubitables de méningite tuberculeuse, vous frapperont par leur indifférence, la fixité de leurs yeux, dont les paupières ne clignent plus, la dilatation de leurs deux pupilles, et surtout par leur somnolence invincible. On vous apprendra qu'ils ont maigri depuis quelques jours ; vous reconnaîtrez que leurs fontanelles sont un peu tendues, leur nuque un peu raide, leurs réflexes dissociés. N'attendez pas plus longtemps pour procéder à une ponction lombaire, rendez-vous compte de la nature de l'épanchement intracranien qui est en train de se former.

Exceptionnellement, une exagération du volume du crâne prélude à l'apparition d'une méningite tuberculeuse : on dirait d'une hydrocéphalie aiguë.

Le diagnostic du début de la tuberculose méningée est parfois difficile, surtout chez les tout petits, comme vous le voyez.

Faut-il rappeler les erreurs qui la font prendre pour une fièvre typhoïde pendant cinq à six jours, jusqu'à ce que la raideur de la nuque, le strabisme, l'inégalité pupillaire viennent donner leur vrai sens aux signes de dépression, de cachexie et de fièvre injustement attribués au bacille d'Eberth ?

Faut-il citer aussi ces convalescents de soi-disant dothiénentéries, demeurés faibles et anorexiques après leur maladie, au lieu de retrouver cette belle reprise de l'appétit que l'on constate chez les typhiques, se remettant trois ou quatre mois plus tard (alors qu'une rechute de typhoïde n'est plus possible), à faire de la fièvre, 39 degrés, présentant un pouls à 110, 120, irrégulier, une rétraction de l'abdomen, et dont le liquide céphalo-rachidien, si on pense à les ponctionner, révèle une lymphocytose et un taux d'albumine caractéristiques ? Ils sont en train de commencer, après une fausse fièvre typhoïde qui n'était qu'une poussée de bacillose, une méningite de même nature qui les emportera bientôt.

Mais il est un syndrome qui prête plus particulièrement à l'erreur : c'est celui de l'entérocolite. Un enfant, soumis auparavant à des crises d'entérocolite nombreuses, refait une constipation, de la fièvre, de la céphalée. « Une nouvelle crise de colite », dit-on, et l'on se retire rassuré. Quinze jours après, le malade meurt avec des troubles méningés, dont la médication évacuatrice n'a pu avoir raison comme le passé, pas plus qu'elle n'avait abaissé la température.

Tout récemment un enfant présente pour la cinquième ou sixième fois une crise appendiculaire : constipation, douleurs du ventre, vomissements et fièvre. Cette fois, c'en est trop ! le médecin mande un chirurgien. Celui-ci est frappé du regard bizarre du petit patient, constate du strabisme et de l'inégalité pupillaire ; il me fait appeler. Aux signes précédents, je puis ajouter un Kernig typique, de la raideur de la nuque, une grande inégalité du pouls. C'était une méningite tuberculeuse.

Je passe sur les faux tétanos relevant d'une tuberculose méningée.

Une fillette portant une adénite cervicale peu marquée se plaint de légers troubles visuels. Elle est conduite chez un oculiste ; il trouve des tubercules de la choroïde. L'enfant meurt, non loin de là, de méningite bacillaire.

Je ne poursuis pas les exemples d'erreurs commises au début des méningites tuberculeuses. Je désirerais que cette énumération déjà longue des difficultés soulevées par la tuberculose méningée vous convainquît de l'utilité de la ponction lombaire, dès que vous aurez un doute ou un soupçon sur la nature des troubles de vos malades.

Que donne la ponction lombaire dans les cas dont nous parlons ?

Parfois simplement un liquide en hypertension considérable. C'est déjà une indication d'une certaine valeur.

Le plus généralement, vous recueillerez un liquide clair, qui peut présenter, au fond du tube, un nuage semblant fait de petits fils d'ouate ; il vous arrivera rarement de le voir teinté, par suite d'hémorragies de la substance cérébrale.

Sa densité est augmentée, son point cryoscopique abaissé. Il contient une albumine coagulable triplée ou quadruplée.

L'étude cytologique prouve l'existence d'une lymphocytose en général considérable. Il est possible que vous y trouviez des polynucléaires mais, si vous ponctionnez à plusieurs reprises, vous constaterez qu'ils ne tardent pas à disparaître, tandis que les lymphocytes demeurent. Cette polynucléose peut-être est-elle due à une infection secondaire concomitante. Dans le culot de centrifugation, l'on trouve parfois des bacilles de Koch. L'inoculation aux cobayes les tue au bout de quelques semaines.

La ponction lombaire vous fixera, au cas d'hésitation, sur votre diagnostic et votre pronostic, celui-ci désolant. Elle n'est pas toujours favorablement accueillie en ville, aussi ne violentez pas les familles qui préfèrent se passer de son témoignage et ne pas savoir la trop dure vérité. Ne les y incitez pas, d'autant plus qu'elle n'a pas de vertu curative.

Je termine par une constatation trop rare pour vous permettre des espérances fréquentes et sérieuses. Il survient parfois au cours des méningites tuberculeuses des rémissions qui ne doivent pas vous en imposer pour des guérisons. En 1874, étant interne de Roger, j'ai vu une fillette de neuf ans, à la fois hémiplégique et méningitique bacillaire. Elle guérit de son affection cérébrale pour mourir, vingt-cinq ans plus tard, d'une méningite tuberculeuse. Les longues rémissions sont donc possibles, mais elles sont exceptionnelles.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Sachons employer le menthol, par M. G. LAURENS, ex-assistant de laryngologie des hôpitaux (*La Clinique*).

M. le docteur G. Laurens, ex-assistant de laryngologie des hôpitaux, répond aux observations du docteur Triboulet, que nous avons publiées.

Il reconnaît les méfaits du menthol mais il croit que dans bien des cas les accidents peuvent dépendre du malade ou du médecin et, malgré ces méfaits, il continue à utiliser ce produit, à la condition de l'employer :

1° A doses faibles ;

2° Avec une technique bien réglée.

Après avoir indiqué son mode d'action il détermine ainsi ses indications et son mode d'emploi :

Indications. — D'une manière générale, son usage est indiqué dans un certain nombre d'affections aiguës des voies aériennes supérieures ; dans les *rhinites*, les *laryngites catarrhales*, et surtout dans les *sinusites* de la face.

Il trouve également son application dans le traitement de certains prurits auriculaires, sans lésions tégumentaires du conduit auditif; on l'emploie alors en solution huileuse (1/50) sous forme de badigeonnages du conduit.

Mode d'emploi. — Toujours au *centième* sous forme de pommade (pour le nez); de *badigeonnages* (pour l'oreilte), ou d'*instillations* huileuses (dans le nez et dans certaines laryngotrachéites catarrhales chroniques) ; à ce propos, ne prescrivez pas le menthol en dissolution dans l'huile d'amandes douces qui a l'inconvénient de rancir, mais dans de l'huile de vaseline; d'*inhalations*, enfin. Voilà, en effet, le triomphe du menthol dans le traitement des sinusites aiguës, grippales, de la face. Les vapeurs d'alcool mentholé amènent une sédation manifeste des symptômes, en provoquant la « diurèse », ou plutôt la « sinusorrhée ».

On formule :

Alcool à 90°	100 grammes
Menthol	5 —

Une cuillerée à café dans l'eau très chaude de l'inhalateur. Respirer la vapeur par les fosses nasales, la bouche étant fermée, pendant cinq minutes. Dix à douze inhalations quotidiennes, pendant plusieurs jours. Au début, l'inhalation est mal tolérée, en raison des picotements, de la sensation de brûlure, des crises d'éternuements, de l'irritation de la gorge. Mais l'accoutumance se fait rapidement et je ne connais aucun accident déterminé par la respiration des vapeurs mentholées, à doses élevées et fréquemment répétées.

Un bon traitement des rhinites, des coryzas aigus, consiste dans ce que j'appellerai l'*inhalation sèche.*

Formulez :

Menthol	10 grammes
Alcool à 90°	Q. S. pour dissondre

Deux fois par jour, arrosez l'intérieur d'un mouchoir avec quelques gouttes de cette préparation. Et, à chaque instant, dans le courant de la journée, dépliez légèrement le mouchoir, faites un cornet analogue à celui de la chloroformisation, placez sous les narines et humez fortement à plusieurs reprises.

Et, pour terminer, « méfions-nous du menthol », comme l'a si justement dit Triboulet, mais sans l'éliminer de la pratique journalière, ne serait-il utilisé que dans le traitement des sinusites aiguës de la face, où il assurera, dix-neuf fois sur vingt, la cure radicale, non chirurgicale de l'empyème.

LE CORSET ET L'HYGIÈNE

La Ceinture abdominale

Il est incontestable que pour la beauté de l'esthétique de la femme comme pour l'hygiène de ses organes, le corset est indispensable, mais encore faut-il mettre à la disposition de la femme un vêtement qui non seulement avantagera les lignes courbes, sa parure naturelle, mais encore répondra aux exigences du médecin, qui lui hygiéniste et accoucheur envisagera ce vêtement féminin d'un œil plus prosaïque, pour lui il ne s'agit plus d'ornement, ni de beauté plastique, mais bien des intérêts de l'individu et de sa race.

Aujourd'hui que l'art du corsetier s'est beaucoup perfectionné sous la direction des médecins et des hygiénistes parmi lesquels une place doit être réservée au Docteur Frz Glénard (1), on peut affirmer que cette question est entrée dans une voie de plus en plus scientifique.

M. Abadie-Léotard, ancien interne-adjoint des Hôpitaux de Bordeaux, 6, rue de Rome, à Paris, a publié un ouvrage spécial très documenté, intitulé « Etude sur la théorie et l'application d'un bon corset » (2) où il fait remarquer que le bon corset devra être un moyen de soutien pour les organes qui, aux différentes périodes de la vie féminine voient leur volume, leur embonpoint et par là-même, leurs conditions de statique se modifier : c'est-à-dire qu'il devra être un agent de soutien pour les seins et pour l'abdomen surtout chez la femme enceinte. Ce qui éviterait le plus souvent un grand nombre d'affections, dans le cas de grossesses répétées, telles que : l'éventration, les hernies de la ligne blanche, etc. Il en est de même de l'entéroptose, dont la fréquence est estimée à 30 0/0 des femmes atteintes de dyspepsie et de névropathie (Godard-Dauhieux) (3).

Quant à la forme de l'appareil de constriction abdominale chez la femme enceinte, la nouvelle ceinture-sangle que M. Abadie-Léotard vient de construire conforme aux indications posées par le Docteur Glénard, paraît donner toute satisfaction aux accoucheurs. Cette ceinture-sangle est à forces dégressives de bas en haut : plus résistante dans le bas pour bien comprimer et relever le ventre par sa partie la plus déclive, plus souple dans le milieu et dans le haut en vue de n'apporter aucune entrave à l'amplification de la taille et de l'abdomen.

On pourra d'ailleurs employer pour les ventres gravides, le dispositif de l'imbrication, sur une première sangle soulevant la région hypogastrique, d'une sangle soulevant la région ombilicale, cet artifice est indiqué dans les cas de ventres très volumineux ; également pour les cas si nombreux de déviations utérines légères qui ont pour effet de retarder la marche de l'accouchement, le bandage abdominal redresse l'utérus et le maintient sur la ligne médiane en l'empêchant de basculer d'un côté à l'autre.

On est donc autorisé à admettre que la constriction abdominale par la ceinture-sangle « La Nea » de M. Abadie-Léotard, abrège sensiblement la durée d'un accouchement de plus, en soutenant les parois abdominales, on empêche celles-ci de se distendre d'une façon exagérée dans le sens transversal, et on obtient ainsi ce résultat si désiré : ne pas conserver de ventre après l'accouchement.

Il est intéressant de répandre ces idées rationnelles et de combattre par tous les moyens le corset ancien encore trop employé et dont l'usage est si néfaste à la santé de la femme : de même doivent être proscrits la plupart des corsets nouveaux qui ne s'inquiètent que de la silhouette à donner au corps de la femme sans se soucier des règles d'hygiène qui découlent des lois anatomiques et physiologiques.

Le nouveau corset du Docteur Glénard, « Le Néos », fabriqué par M. Abadie-Léotard répond à la fois rigoureusement aux exigences de l'hygiène et aux desiderata de l'esthétique : de là sa vogue actuelle, de là la faveur toute spéciale dont il jouit auprès du corps médical

(1) Dr F. GLÉNARD. — De la sangle pelvienne contre l'entéroptose. Revue des maladies de la nutrition, 1905.

(2) M. ABADIE LÉOTARD adressera cet opuscule à titre gracieux à tout médecin qui lui en fera la demande.

(3) Dr GODARD-DAUHIEUX. — Le rein et l'enteroptose. *Gazette médicale* de février 1900.

REVUE DE CHIRURGIE

Diagnostic des tumeurs de la parotide, par M. le Professeur Paul DELBET (*Hôp. Necker*).

Nous allons examiner ensemble une malade qui est venue nous demander conseil dans les conditions suivantes. Cette femme, âgée de 58 ans, a constaté, il y a six mois environ, la présence d'une grosseur, d'une « houle », au niveau de sa joue gauche. Elle a ressenti également, dans la région intéressée, quelques douleurs, peu intenses d'ailleurs et sans phénomènes inflammatoires nets. Depuis, la lésion a augmenté progressivement de volume, jusqu'à atteindre les dimensions actuelles.

Lorsque vous regardez la malade, vous notez une asymétrie bien caractérisée de la face. Vous voyez, à la région préauriculaire gauche, une tuméfaction qui soulève le lobule de l'oreille. Le lobule de l'oreille est déplacé en dehors, mais il a conservé sa forme et n'est pas luimême infiltré. Son intégrité est un fait important à enregistrer en pareil cas, comme je vous le dirai tout à l'heure. La tuméfaction préauriculaire remonte jusqu'au devant de l'orifice auditif externe. En arrière, elle s'étend jusqu'au sternomastoïdien. Sa limite inférieure est assez vague.

Il n'existe pas de modification de couleur des téguments. Nous allons rechercher si ces téguments sont épaissis, œdématiés, et s'ils ont conservé leur mobilité. La peau est mobile en haut et en bas. Si, par contre, on cherche à faire un pli cutané à la partie moyenne, en plaçant les doigts assez loin l'un de l'autre, au lieu d'avoir un pli unique, il se forme une série de petits plis, de sillons, qui prouvent l'existence d'adhérences en certains points. Vous savez que la peau ainsi plissée prend quelquefois l'aspect de la peau d'orange, aspect dû à une exagération d'apparence des orifices des glandes. Ici, nous n'avons qu'une esquisse de peau d'orange.

La tumeur, située en arrière de la branche montante du maxillaire, siège dans la loge parotidienne. Cela ne veut pas dire avec certitude qu'elle a son origine dans la glande. Il peut exister des lésions inflammatoires, des adénites de la loge parotidienne. Notre malade accuse des douleurs; elle déclare les avoir ressenties au début de l'affection, et un tel symptôme peut faire penser à une lésion inflammatoire portant sur les ganglions. Un fait permet d'affirmer qu'il n'y a pas eu inflammation dans la loge parotidienne : la malade ouvre la bouche sans difficultés. Ces inflammations sont tantôt — rarement — des adénites, tantôt — plus fréquemment — des parotidites. Toujours, alors, la mâchoire est immobilisée. La facilité d'ouvrir la bouche fera éliminer les parotidites et les adénites de la loge parotidienne.

Il est une chose à laquelle il faut penser, c'est la lithiase salivaire. La lithiase n'est pas rare à la glande sous-maxillaire. Elle entraîne en arrière de la glande des modifications inflammatoires chroniques diffuses, prises facilement pour des néoplasmes malins. Nous allons examiner le canal de Sténon. Je ne l'aperçois pas. Il n'est pas toujours apparent à l'état normal, mais, quand il est enflammé, il devient visible.

Au début de la parotidite, il est rouge, saillant, et dans la majorité des cas, il laisse bientôt sourdre du pus. Il suffit d'exercer des pressions d'arrière en avant pour amener du pus à l'orifice buccal du canal de Sténon. Cette constatation est intéressante, au point de vue pathogénique d'abord. Elle montre que la parotidite se développe généralement par voie buccale, ascendante. Dire qu'il en est toujours ainsi serait excessif. La parotidite peut relever d'une infection hématogène. Toutefois, ordinairement, elle a pour origine une infection buccale, et la preuve, c'est que, si vous examinez au début l'orifice du canal de Sténon. vous le voyez rouge. Il y a là encore un intérêt thérapeutique. Un grand nombre de ces parotidites sont curables sans incision, par expression. En faisant deux ou trois fois par jour des manœuvres d'expression, vous arriverez à guérir les patients sans prendre le bistouri. Quelquefois, on est surpris de la quantité de pus que l'on fait sortir. Ici, s'il s'agissait de litbiase salivaire, l'orifice du canal de Sténon serait visible. D'ailleurs, à l'exploration du canal de Sténon dans sa partie située en avant du masséter, je ne sens aucune espèce de résistance.

Nous avons éliminé l'hypothèse d'inflammation aiguë ou subaiguë et celle de litbiase. Nous sommes amenés à l'idée d'un néoplasme de la parotide. De quelle variété ? Bénigne ou maligne ? Les tumeurs bénignes sont des néoplasies mixtes où l'on rencontre tous les éléments possibles. Quelles sont les bases sur lesquelles nous pouvons nous appuyer pour ce diagnostic différentiel ? Les tumeurs bénignes de la parotide se rattachent à des troubles de développement et se voient chez les sujets jeunes. Elles restent parfois longtemps stationnaires, mais les malades se rappellent leur début dans la jeunesse. Or, la malade actuelle a 58 ans, et l'origine de sa néoplasie remonte à six mois seulement.

Pour établir le diagnostic entre les tumeurs bénignes et les tumeurs malignes de la parotide, nous disposons de 3 signes qui sont : les rapports de la tumeur avec les téguments, l'état du lobule de l'oreille, et l'état du facial.

Je vous ai parlé des connexions avec les téguments. Les tumeurs mixtes peuvent être volumineuses, distendre les téguments : elle ne les envahissent pas, si volumineuses soient-elles. Ici, nous avons trouvé des adhérences avec la peau. Si nous constations des phénomènes inflammatoires, même très légers, ces adhérences n'auraient pas grande importance. Sans phénomènes inflammatoires, les adhérences ont à elles seules une grande valeur.

Chez notre malade, le lobule de l'oreille est soulevé, non infiltré. L'absence d'infiltration est en faveur d'une tumeur bénigne si la tumeur est volumineuse. Cependant, elle ne permet pas de conclure. L'envahissement du lobule au contraire, est significatif et indique une néoplasie maligne. Le signe du lobule n'a, en somme, de valeur que s'il est positif.

Pour la paralysie faciale, je répéterai ce que j'ai dit du lobule de l'oreille. L'absence de paralysie faciale est en faveur de la tumeur bénigne, sans qu'on en puisse tirer une déduction bien précise. Quand, par contre, le facial est paralysé, vous pouvez être certain de la malignité de la néoplasie. Les tumeurs bénignes, même volumineuses, gênent peu le facial, qui s'en accommode.

Si nous récapitulons ce qui existe chez notre malade, nous voyons : rien du côté du facial, rien du côté du lobule. Je viens de vous dire que l'absence de ces signes n'offrait pas une grande importance. Seule, leur existence a de la valeur. Nous avons constaté, chez notre malade, des adhérences à la peau, signe capital, si nous pouvons éliminer les phénomènes inflammatoires. Nous avons cherché à établir les limites de la tumeur. Elles sont nettes dans les néoplasmes bénins, vagues dans l'épithélioma. Dans le cas actuel, ces limites sont assez nettes à la partie postérieure, imprécises à la partie inférieure et antérieure. Nous avons à rechercher. en outre, s'il y a des ganglions autour de la loge parotidienne. Nous n'en sentons pas.

Donc, les seuls symptômes qui nous orientent — et ils orientent vers la tumeur maligne — sont les adhérences de la peau, l'insuffisance de la limitation de la néoplasie et l'âge de la malade.

Les tumeurs malignes, vous le savez, peuvent déterminer des douleurs quand elles compriment on envahissent les nerfs. Par elles-mêmes, elles sont insensibles. Dans le cas présent, nous ne constatons aucune douleur en appuyant sur la masse néoplasique. Le diagnostic qui découle de tout cela est celui de tumeur maligne, de cancer de la parotide.

Ce cancer est-il justiciable d'une intervention ? Certes, son étendue permet encore une extirpation, mais, il faut alors enlever la totalité, ou presque, de la parotide. On est obligé de sacrifier le facial et il en résulte une très pénible infirmité, la paralysie faciale. On dit bien qu'il est possible d'en diminuer les inconvénients par des anastomoses nerveuses ultérieures; toutefois, les résultats de ces anastomoses ne sont pas aussi pleinement satisfaisants qu'on se l'imagine, et ce n'en est pas moins un gros sacrifice.

Je vais vous dire quelques mots de ces anastomoses. En quoi consistent-elles ? Voici le facial sectionné dans la loge parotidienne. Avec quel nerf peut-on anastomoser son bout périphérique ? Avec le bout central d'un autre nerf. On a pris le plus souvent le spinal. On peut aussi prendre l'hypoglosse, la branche descendante du grand hypoglosse. On n'est pas très sûr, avec ce dernier, d'avoir des fibres motrices. Lorsqu'on s'adresse à l'hypoglosse, sa section entraîne une paralysie de la langue. Un moyen terme consiste à dédoubler l'hypoglosse, à conserver une moitié et à anastomoser l'autre moitié. Néanmoins, le nerf le plus souvent employé, en pareil cas, est le spinal. Il résulte de sa section une paralysie partielle du sterno-mastoïdien et une paralysie totale du trapèze. Ces paralysies ne gênent pas extrêmement les malades. Toutefois, le résultat, quant au facial, n'est pas bien satisfaisant. Il y a deux choses à envisager dans la paralysie faciale, les modifications statiques (les muscles au repos) et les modifications dynamiques (les muscles en contraction). A l'état statique, les muscles sains entraînent les tissus de leur côté, et à l'état dynamique, la déformation s'accentue. Eh bien, après une anastomose avec le spinal, que voit-on ? J'en ai observé un cas, dix ans après l'opération. La face était encore asymétrique. Le malade pouvait contracter tous ses muscles, mais pas à sa guise. Il se passait ce fait singulier : chaque fois que le sujet cherchait à soulever son épaule (mouvement dévolu au trapèze), le cerveau ayant conservé l'habitude de donner l'ordre au spinal d'entrer en fonction, on voyait sa face se contracter. On raconte qu'un jour, à Londres, une malade qui avait été opérée dans ces conditions, fut arrêtée sur la voie publique pour outrage aux bonnes mœurs, parce qu'en soulevant son parapluie du côté opéré, ses muscles de la face se contractaient chaque fois et offraient une mimique trop expressive, jugée offensante pour les habitudes de nos voisins d'Outre-Manche. De telle sorte que le sacrifice du facial reste un gros sacrifice. Aussi, avant de le faire, avant de pratiquer l'extirpation de la parotide, allons-nous effectuer un prélèvement d'une portion de la masse néoplasique, pour assurer le diagnostique par une biopsie

Nos articles. — *Nous rappelons que la reproduction de nos articles est absolument autorisée.*

REVUE DE LA TUBERCULOSE

Le passage du bacille tuberculeux à travers la paroi intestinale saine, par P. Vansteenberghe (*Ann. de l'Inst. Pasteur*).

On sait les recherches entreprises en faveur de la thèse de Calmette sur l'origine intestinale de la tuberculose pulmonaire. Les adversaires de cette théorie ont prétendu que les microbes pouvaient franchir la muqueuse de l'intestin à la faveur de lésions purement microscopiques, et que d'un autre côté, l'infection pouvait se produire soit par le tissu lymphoïde du pharynx, soit par l'œsophage, soit même par régurgitation du liquide introduit à la sonde dans l'estomac et aspiration directe des cultures virulentes dans les voies respiratoires.

La seule démonstration positive valable de la migration bacillaire intestinale consistait donc à suivre histologiquement les phases du passage des bacilles à travers une muqueuse intacte. — Vansteenberghe, ainsi qu'en font foi les dessins annexés au mémoire, a résolu exactement et élégamment ce délicat problème. Des cobayes sont d'abord nourris pendant une semaine exclusivement avec des carottes fraîches pulpées et du pain broyé : toute blessure préalable de l'intestin est ainsi évitée. On arrose ensuite la pâtée d'une émulsion bacillaire particulièrement fine. Les animaux sont sacrifiés au bout de quatre ou cinq jours d'expérience.

Les pièces sont fixées de préférence au Zenker et colorées par la méthode d'Hermann modifiée (quelques gouttes de fuchsine dans l'alcool ajoutées à une solution aqueuse de carbonate d'ammoniaque à 1 p. 100; colorer pendant vingt minutes; décoloration par les méthodes usuelles; coloration du fond par la solution aqueuse de vert d'iode). L'auteur, en examinant un très grand nombre de coupes, a pu retrouver des bacilles phagocytes dans l'épaisseur d'un épithélium parfaitement sain.

REVUE CLINIQUE

Un cas de maladie kystique de la mamelle, par M. le Docteur J. Delépine, ex-interne des hôpitaux (Société Anatomo-Clinique de Lille).

La maladie kystique de la mamelle n'est pas une affection très rare, et depuis l'article de Reclus, en 1883, dans la Revue de Chirurgie, on en a publié — sous le nom de maladie kystique, ou sous celui de maladie noueuse de la mamelle — de nombreux et intéressants exemples. Le cas qui nous occupe s'est signalé par quelques particularités; c'est ce qui nous a engagé à en présenter l'observation à la Société.

Mlle J. D..., 33 ans, vient nous consulter, le 27 janvier 1910, pour une tumeur du sein gauche.

Sa mère est morte à 48 ans, de tuberculose pulmonaire; son père, à 60 ans, d'une affection de nature indéterminée. Elle a une sœur mariée et bien portante.

Personnellement elle a fait, dans son jeune âge, une pneumonie double. Premières règles à 14 ans 1/2. Santé toujours délicate. Aucune notion de traumatisme.

Mlle D... commence à éprouver, en octobre dernier, une certaine gène du côté du sein gauche: le port du corset devient désagréable. Elle n'attache pas d'importance à ce phénomène et ne songe pas à en chercher l'explication. Le 15 décembre, elle s'aperçoit par hasard qu'il y a, dans le sein, quelque chose d'anormal au palper. Elle voit son médecin à ce moment; celui-ci trouve une petite tumeur, parle d'opération, mais sans l'imposer immédiatement, et pres-

crit de la compression et des applications iodées. Trois semaines après, le 13 janvier 1910, le médecin trouve que la tumeur a doublé de volume; il conseille une intervention immédiate. Il n'y a jamais eu, par le mamelon d'écoulement d'aucune sorte.

Nous examinons Mlle D... le 27 janvier. Son état général est assez bon : elle n'a ni fièvre, ni accélération du pouls. Tous les organes fonctionnent d'une manière satisfaisante.

Le sein gauche ne paraît pas sensiblement plus volumineux que son congénère; la peau présente sa coloration normale, sans lacis veineux appréciable; le mamelon n'est pas rétracté. La palpation révèle, dans la partie supérieure de la mamelle, à trois centimètres en dehors du mamelon, une petite masse du volume d'une noix, mais de forme assez irrégulière. Les limites de cette production sont peu précises : on n'arrive pas facilement à l'isoler du reste de la glande. La consistance est dure; on ne trouve ni rénitence, ni fluctuation; elle n'adhère ni au grand pectoral, ni à la peau dont elle est séparée par une certaine épaisseur de glande mammaire. La pression à ce niveau éveille une légère sensibilité, sans qu'on puisse parler de douleur véritable. Le reste de la mamelle paraît sain. Pas de ganglions dans l'aisselle, ni au niveau du creux sus-claviculaire.

Le sein droit ne présente aucune particularité.

Le diagnostic d'épithélioma au début paraissait s'imposer : l'évolution était un peu rapide pour un adénome, et le fait que notre malade n'avait jamais eu d'enfant nous empêchait de nous arrêter à l'idée d'une mammite chronique.

L'opération est pratiquée le 7 février : amputation du sein avec curage de l'aisselle; le grand pectoral est respecté.

Suites opératoires normales; réunion « per primam ».

La malade, revue il y a quelques jours, est complètement guérie depuis longtemps; l'examen du sein droit est négatif.

M. le professeur Redier a bien voulu se charger de l'examen de la tumeur; voici la note qu'il nous a remise :

Examen anatomique d'un sein atteint de maladie kystique, provenant d'une femme de 33 ans n'ayant jamais eu d'enfant. — Le sein enlevé est le sein gauche; il est de volume moyen; sa consistance est assez molle et ne donne pas de sensation particulière quand on le palpe, sauf en un point situé en haut et en dehors du mamelon, où l'on rencontre une tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon.

Une section pratiquée à ce niveau ouvre une collection formée d'un liquide louche, verdâtre, et présentant des traînées rouge-brun. La paroi de la poche est lisse et ne révèle aucune particularité.

D'autres incisions, comprenant toute l'épaisseur de la mamelle, montrent qu'elle est farcie de petits kystes, dont le volume varie du volume d'une tête d'épingle à celui d'un pois de petite dimension.

Enfin, du côté du mamelon, en un point à peu près symétrique au premier kyste, il en existe un autre de volume sensiblement moindre, qui contient un liquide de même apparence, louche et plus ou moins verdâtre.

Plusieurs fragments de la mamelle furent prélevés en différents points pour l'examen microscopique, et plongés dans le sublimé acétique pour la fixation. Deux petits ganglions de l'aisselle, enlevés en même temps que le sein, subirent le même traitement en vue de l'examen microscopique.

Les coupes montrent que la mamelle est formée d'un stroma cellulo-fibreux, encerclant les acini et remplissant les intervalles très étendus qu'ils laissent entre eux. Ce tissu conjonctif est dense et assez pauvre en cellules.

Les acini, comme cela est normal dans les mamelles qui n'ont pas fonctionné, sont peu nombreux et disposés, suivant le mode classique, en lobules, et ceux-ci en lobes. Quelques fentes irrégulières, correspondant aux conduits excréteurs, se rencontrent dans chaque coupe. Des éléments graisseux forment çà et là des amas.

Dans toutes les préparations on trouve des kystes, les uns complètement développés, les autres en voie de formation. Les premiers montrent dans leur cavité un coagulum formé vraisemblablement de détritus cellulaires, plus ou moins rétracté, et où l'on distingue de grosses cellules graisseuses et quelques éléments épithéliaux très imparfaitement colorés, cellules nécrosées ou en voie de nécrose, et qui proviennent évidemment de la desquamation de la paroi.

Quant à la paroi kystique, elle est tantôt revêtue d'une simple rangée de hautes cellules cylindriques, dont le noyau très apparent occupe la partie moyenne, et présentant un plateau très net; tantôt de cellules cubiques superficielles en deux ou trois couches; tantôt de cellules atypiques, telles que les a décrites Malassez.

Les kystes en voie de formation apparaissent sous l'aspect de cavités irrégulières dues à la juxtaposition et à la fusion de plusieurs acini; on voit nettement sur plusieurs d'entre eux des éperons, reste de la paroi d'acini voisins qui n'a pas encore disparu en totalité.

L'examen des deux ganglions enlevés pendant l'opération n'a rien révélé d'anormal.

Le cas que nous venons de rapporter comporte quelques considérations; nous allons les exposer brièvement.

La maladie kystique de la mamelle se présente d'ordinaire aux environs de la ménopause; mais on peut, comme dans notre cas, la rencontrer chez des sujets beaucoup plus jeunes. Nous avons personnellement en observation, depuis deux ans, une jeune femme, actuellement âgée de 27 ans, et qui présente tous les signes de cette affection; le début, chez cette dernière remonte à près de sept ans. Il y a quelques années, un chirurgien anglais, d'Arcy Power, en observa même un cas chez un enfant de trois ans.

Au point de vue symptomatologique, la maladie kystique présente trois signes d'une grande valeur : la multiplicité des kystes, la bilatéralité de la lésion, enfin le résultat de la ponction exploratrice qui ramène un liquide à caractères spéciaux. Il y a lieu cependant de faire quelques réserves à ce sujet. Parmi les kystes, il y en est toujours un — comme dans notre cas — qui attire l'attention par son volume, sa consistance et les douleurs qu'il occasionne : il est d'ailleurs toujours le seul que signalent les malades. Dans les cas classiques, on trouve, à côté de ce kyste principal, de consistance dure, une série d'autres petits kystes donnant au palper, suivant la très heureuse comparaison de Reclus, la sensation de « grains de plomb » disséminés dans la glande. Mais, en réalité, ces petits kystes sont parfois très difficiles à sentir, si bien même que les médecins prévenus ne peuvent parfois les reconnaître. Il faut, pour les découvrir, un examen microscopique. Signalons, en passant, la consistance en général très dure du kyste principal : on ne trouve jamais de fluctuation, de rénitence, mais une sensation de dureté, de dureté absolue, parfois ligneuse, et des chirurgiens, comme Broca, Verneuil, Terrier, ont toujours, avant la description de Reclus, cru à une tumeur solide. — La bilatéralité de la lésion est un signe extrêmement précieux; mais il n'y faut pas toujours compter, car les deux seins ne sont pas nécessairement pris simultanément : il peut s'écouler plusieurs mois, et même plusieurs années, avant que l'exploration la plus attentive puisse permettre de découvrir quoi que ce soit dans la seconde glande. — La ponction exploratrice donne un résultat positif, en cas de maladie kystique; mais c'est un procédé d'exploration fort peu utilisé; on songe d'autant moins à y recourir que la lésion paraît le plus souvent unilatérale au moment de l'examen, et que la multiplicité des kystes n'est pas toujours chose facile à constater.

Les autres signes sont le plus souvent négatifs. Le mamelon n'est pas rétracté : il a rarement laissé couler un peu de sang. La peau n'est pas envahie, ni les ganglions axillaires; on ne remarque pas de lacis veineux important. Quant à la douleur, elle est en général peu accusée et, en tout cas, très variable.

D'après ce que nous venons de dire, on comprend facilement que le diagnostic n'est pas souvent aisé. L'erreur la plus commune est de prendre la maladie kystique pour un cancer : on conclut facilement à un squirrhe. Pour peu qu'il y ait un engorgement ganglionnaire, « on prend la mamelle kystique pour une mamelle cancéreuse, et ces erreurs de diagnostic se comptent par centaines » (Reclus). Seule, la ponction exploratrice permet d'affirmer le diagnostic. Reclus estime qu'elle est indispensable dans tous les cas : il conseille de ne jamais faire « un diagnostic de tumeur de la mamelle, sans recourir à la ponction ». — Certains auteurs ont cherché à différencier cette affection de la maladie noueuse de la mamelle : Delbet et d'autres chirurgiens prétendent que ce sont, en réalité, deux modalités d'une même maladie.

Au début, les auteurs considéraient la maladie de Reclus comme un épithélioma; à l'heure actuelle l'accord semble complet, et on en fait généralement une mastite scléro-kystique.

Cette notion a modifié singulièrement la question du pronostic. Sans doute, il semble prouvé que, dans certains cas exceptionnels, la maladie de Reclus peut dégénérer en affection maligne; mais la clinique démontre qu'elle est presque toujours bénigne. Sa marche est en général très lente : sur plus de deux cents malades observés en trente ans, Reclus n'a vu qu'une fois se développer un cancer.

Il est évident que, dans ces conditions, il ne peut être question de traitement opératoire dans tous les cas. Chez une femme jeune, la conduite à tenir est simple : il faut attendre, en surveillant la malade; la dégénérescence cancéreuse ne se produit guère avant la cinquantaine. Aux environs de la ménopause, quand l'affection prend un développement plus rapide, l'opération peut être indiquée. D'ailleurs « la décision à prendre est quelquefois singulièrement facilitée par les malades elles-mêmes, car elles demandent à être opérées, à être débarrassées du mal qui les tourmente, et dont il y a, après tout, avantage à les délivrer. » (Reclus.) C'est alors l'amputation du sein qu'il faut pratiquer; il est bon d'enlever toute la glande et de dépasser les limites du mal, car les petits kystes, très nombreux à la périphérie, sont invisibles à l'œil nu. On a cité des cas de récidive sur le même sein, après une ablation incomplète. Il est même sage d'examiner attentivement la région axillaire afin d'enlever soigneusement tous les ganglions suspects.

NOS COLLABORATEURS

Nos colonnes sont ouvertes à tous et nous publions les articles et notes pratiques d'un caractère original et pouvant intéresser les praticiens que nous envoient nos lecteurs, abonnés ou non.

Nous cherchons ainsi à recueillir des faits cliniques observés tant en France qu'à l'étranger et qu'il importe souvent de mettre en lumière.

REVUE DE BIOLOGIE

Extraction directe de l'antithrombine du foie, par MM. Doyon, A. Morel, A. Policard. (*Soc. Méd. des Hôpit. de Lyon*).

I. On sait que le foie peut livrer au sang circulant une substance qui possède des propriétés anticoagulantes, *l'antithrombine*.

La formation d'antithrombine est particulièrement notable quand le foie est soumis à l'action de sang chargé de propeptone. (Phénomène de Schmidt-Mülheim.) Mais la peptone n'a qu'une action favorisante, partagée du reste avec d'autres substances (atropine p. ex. : Doyon).

En effet, d'un foie isolé et lavé, on peut retirer de l'antithrombine quand on établit à travers lui une circulation de *sang normal* (Doyon), *de solution salée alcaline faible* (Doyon. Morel et Policard).

La formation d'antithrombine, contrairement à ce que pense Nolf, n'est pas un phénomène vital ; elle est au maximum dans un foie successivement congelé et dégelé plusieurs fois, à une température voisine de 90° au-dessous de 0° (Doyon).

II. *Nous avons pu extraire directement du foie l'antithrombine hépatique.*

Technique. — Foies de chiens à jeun lavés et excisés. Congelés trois fois de suite. Pulpage. On ajoute un poids égal d'eau salée alcaline. On porte au bain-marie bouillant.

On passe à l'étamine ; on centrifuge. Le liquide obtenu est fortement anticoagulant.

Par des précipitations ménagées par l'acide acétique faible suivies de dissolution dans une solution alcaline faible, on arrive à obtenir une substance qui se montre identique à celle retirée des liquides de circulation dans le foie excisé. Exactement comme dans ce cas, il s'agit d'une *nucléo-protéide* riche en phosphore et douée du pouvoir antithrombique. On peut l'identifier avec la substance appelée *nucléoprotéide* B. par Samuely (Handbuch der Adderhalden), et étudiée quant à sa constitution chimique par Halliburton, Levene, Wohlgemüth, etc.

III. En somme, de nos recherches, il résulte que *la propriété antithrombique du foie doit être rapportée au passage, de la cellule hépatique dans le sang, d'une substance chimiquement définie, une nucléo-albumine.*

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Thérapeutique usuelle du praticien, par le professeur Albert Robin, de l'Académie de Médecine. Deuxième série. (Vigot frères.)

On retrouve dans cet ouvrage les qualités maîtresses du professeur Robin, ce thérapeute merveilleux, qui connaît, le mieux au monde peut-être, toutes les ressources de l'art de guérir et qui manie en magicien tous les éléments des divers médicaments.

Ce livre forme la deuxième série du Traité qui est constitué avec les matières qui servent chaque année à l'enseignement de la Clinique Thérapeutique de la Faculté de Médecine de Paris, dans les leçons professées à l'hôpital Beaujon, par M. Albert Robin. Cette série comprend 26 leçons, la rédaction est faite suivant le programme qui a été tracé par le professeur au commencement de son premier volume. Chaque chapitre est une étude de thérapeutique pratique qui a pour but de mettre le praticien à même d'instituer dans les meilleures conditions le traitement des différentes affections. Pour arriver à ce résultat, M. Albert Robin fait abstraction de toutes les considérations exclusivement scientifiques qui n'ont pas de valeur pratique. Il ne s'agit pas, en effet, d'étudier le malade au point de vue de l'explication plus ou moins rationnelle des causes de la maladie, mais bien d'élucider le problème dans l'intérêt du malade. Le but est donc d'arriver à la guérison ou tout au moins à l'amélioration des phénomènes morbides. Pour cela, le professeur Albert Robin s'est astreint à faire ce qu'il appelle de la *thérapeutique fonctionnelle*, c'est-à-dire à mettre bien en évidence les troubles des diverses fonctions qui s'observent au cours des affections. Ceci fait, il établit scientifiquement les meilleurs procédés qui permettent actuellement de modifier favorablement l'organisme.

Les Maladies du Cœur, par le Dr James Mackensie, membre du Collège Royal des Médecins de Londres. Traduit sur la deuxième édition anglaise par le Dr A. Françon, médecin consultant à Aix-les Bains, avec une préface de M. le Dr H. Vaquez. (Librairie Félix Alcan.)

L'ouvrage de M. Mackensie n'est point un traité didactique des Maladies du Cœur, analogues à nos Traités classiques ; il a été conçu suivant une nouvelle méthode, et il est le résultat des observations personnelles que l'auteur a pu faire dans sa clientèle.

Il expose d'abord les nouvelles données anatomiques, basées sur l'embryologie, les expériences physiologiques, et les recherches cliniques publiées dans ces dernières années et montre ce que sont les propriétés du muscle cardiaque, la production du stimulus, l'excitabilité, la contractilité, la conductibilité et la tonicité.

La partie originale de ce livre est l'exposé des troubles de ces diverses fonctions, qui peuvent se traduire par l'extra-systole, le pouls veineux auriculaire ou ventriculaire, le rythme nodal, le pouls alternant, l'arythmie perpétuelle, la dilatation du cœur, tous troubles qui ont pu être déterminés par le rhumatisme ou quelque autre infection, ou la cardio-sclérose et qui aboutissent plus ou moins vite à l'insuffisance cardiaque.

Des chapitres importants sont consacrés à l'angine de poitrine, à la pression artérielle, à l'action de la digitale. Enfin l'auteur indique le résultat de son expérience thérapeutique qui se réduit à ce trépied : repos, digitale et strophantus associés au régime et à la physiothérapie. L'ouvrage se termine par un appendice sur l'électrocardiogramme.

Le Cancer du Pylore et son traitement médico-chirurgical (Consultations médicales françaises, fascicule 28), par le Dr René Leriche, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Lyon. (A. Poinat).

Le Cléricalisme au Canada, par J. de Marmande (Librairie Critique Emile Nourry).

Le réquisitoire de M. de Marmande passe en revue l'action du clergé canadien dans la presse, dans les lettres, dans la politique, dans l'éducation morale, dans la vie sociale.

Pour avoir de la chance, par R. Schwaeblé (Daragon).

L'auteur fait connaître le moyen d'avoir de la chance, de se bien porter, d'être heureux en amour et de gagner au jeu et pour arriver à ces résultats il indique des recettes, donne des formules de talismans, des envoûtements, explique des songes, fait connaître les mystères des tarots. Il indique les moyens de développer la volonté, de se connaître et de connaître autrui. Il donne des conseils pratiques d'astrologie.

Le Problème du mal, R. Schwaeblé (Daragon).

Le même auteur publie encore un important travail sur la Sorcellerie Pratique où de nombreux chapitres sont consacrés à l'Astrologie, à l'Alchimie et à la Magie. Dans les 320 pages compactes qui composent ce recueil de grande documentation, l'auteur nous parle avec des développements inédits des Alchimistes contemporains, de la Matière, de la création de l'Or, du Mercure, de la Pierre philosophale, du livre des figures de Nicolas Flamel, du Satanisme, des Messes Noires, des Archives de la Bastille, du Traité des Nymphes de Paracelse, des recettes du Sorcier, du Sorcier des campagnes, de la Baguette divinatoire, du Miroir magique, des Tarots, des Talismans, de l'Envoûtement, de la Génération spontanée, des Expériences du Dr Leduc, de l'Ether et de la Morphine.

Les Ruses du Gibier pour échapper aux chasseurs et aux chiens, par Jean des Airelles. (Emile Nourry.)

Les ruses du gibier sont beaucoup plus nombreuses et plus variées que l'on ne serait porté à le croire tout d'abord. Elles n'avaient jamais été étudiées dans une œuvre méthodique. Cette lacune est désormais comblée.

L'auteur, en huit chapitres bourrés de faits empruntés aux meilleurs maîtres anciens et modernes, nous expose tour à tour, *comment les bêtes se gardent, fuient et se cachent.*

C'est une excellente étude de la psychologie du gibier et en même temps une véritable anthologie des chasses les plus instructives et les plus curieuses. Les titres de chapitres sont à eux seuls des plus suggestifs.

Écrit d'une plume élégante, l'ouvrage de Jean des Airelles se lit avec le plus grand agrément. Il n'y a point de curieux qui n'en puissent tirer profit. C'est un trésor pour le chasseur.

Le Procédé à l'huile, par C. Puyo (Mendel).

Cette nouvelle édition de l'ouvrage de M. Puyo était impatiemment attendue : son apparition va stimuler le zèle et l'ardeur des photographes de toute condition qui ont adopté le procédé aux encres grasses comme moyen de traduction des images fournies par la chambre noire.

Les Clichés pelliculaires, contre-types et clichés retournés, par L. Tranchant (Mendel).

Cet opuscule contient un résumé très complet des procédés qui conduisent à l'obtention des clichés pouvant être imprimés, soit dans le sens habituel, autant qu'il s'agit de tirages directs sur papiers aux sels d'argent ou de platine, soit par l'autre face, lorsqu'on veut utiliser les méthodes de reproduction ou de multiplication qui renversent latéralement l'image, telles sont par exemple la photocollographie, la photographie au charbon, etc...

REVUE DE RADIOGRAPHIE

Electrisation directe de l'estomac, par une sonde, sous le contrôle des rayons X (*Académie de Médecine*).

MM. Aubourg et Lebon montrent que l'examen systématique de l'estomac à l'aide des rayons X, donne des renseignements précis sur les retards des digestions par l'atonie du muscle gastrique. En excitant directement les fibres, par une sonde où l'on fait passer le courant galvanique, les contractions de l'estomac apparaissent immédiatement avec une rapidité de succession et une intensité qui permettent l'évacuation rapide des estomacs même les plus atones. Cette méthode indolore, dont les effets se constatent par l'examen aux rayons X pendant l'application même de l'électrisation, semble indiquée dans les cas d'atonie et de ptose gastriques.

CARNET DU PRATICIEN

Aphtes

Continuer pendant quelques jours les gargarismes et lavages à l'eau de Saint-Christau et appliquer plusieurs fois par jour, un des collutoires suivants :

Phényluréthane	5 grammes
Alcool	30 c.c.

ou :

Teinture de ratanhia	6 à 8 grammes
Glycérine	20 —
Salicylate de soude	20 —
Eau	100 cc.

(cinq ou six fois par jour). (E. Hirtz.)

Tous ces collutoires sont destinés à cautériser la lésion.

On ne doit les laisser agir que peu de temps et assécher ensuite la muqueuse buccale pour terminer par une application de pommade soit :

Résorcine	0 gr. 20
Acide borique	2 grammes
Vaseline	20 grammes

soit :

Phénosalyl	0,10 à 0,20
Acide borique	2 grammes
Vaseline	50 —
Poudre fine de quinquina rouge	3 grammes
Dermatol	1 —
Oxyde de zinc	0 gr. 10
Vaseline	20 grammes

Au lieu de pommade, on peut appliquer une colle ou un vernis :

Par exemple :

Gomme laque purifiée entièrement soluble	27 grammes
Benjoin pulvérisé	1 —
Baume de tolu	1 —
Essence de cannelle de Chine	1 —
Saccharine	0 gr. 60
Alcool à 90° q. s. p.	100 cc.

Formule de Berlioz de laquelle on a retranché l'acide phénique.

Traitement général. — Souvent il existe concomitamment des troubles gastriques ou hépatiques qu'il faut traiter.

En cas d'embarras gastrique, on prescrira un purgatif ou un éméto-cathartique.

Les troubles hépatiques seront combattus avec des alcalins ou avec du calomel à doses fractionnées, 0.03 c. par année d'âge. Il faudra en même temps surveiller de très près le régime.

Lait bouilli coupé d'eau de Vals ou d'eau de Vichy, boissons diurétiques (queues de cerises buchu, urva ursi).

Dr G. Siguret, (Saint-Nectaire).

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 17.500 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 33, rue J.-J. Rousseau

Le Gérant : Docteur Lucien Graux

VILLES DE SAISON

CE QUI SE PASSE

La saison à Vichy.

Le temps merveilleux de ces jours-ci a fait arriver un très grand nombre de malades qui ont devancé l'ouverture de la saison, qui s'annonce comme devant être particulièrement brillante.

Vichy est non seulement la première de nos stations françaises, mais on peut dire qu'elle est aujourd'hui sans rivale en Europe.

La reconstruction totale de ses établissements et les perfectionnements apportés aux traitements accessoires lui assignent une place prépondérante; aucune station n'est mieux outillée pour l'application des régimes et des ressources thérapeutiques nouvelles qu'offrent l'électrothérapie, le massage, l'entéroclyse; toutes les données de la physiologie expérimentale sont utilisées pour la cure de certaines affections du système nerveux, telles que le tabès, la paralysie agitante, etc., sous la direction de médecins expérimentés.

Quant à la cure thermale et minérale proprement dite, elle s'applique à toutes les affections de la nutrition :

La dyspepsie, la dilatation de l'estomac et même l'ulcère simple;

Le diabète, la cirrhose, la congestion chronique du foie, l'hépatite des pays chauds et toutes les variétés de la lithiase biliaire;

La cystite, la lithiase urinaire et même l'albuminurie chronique, lorsque l'urémie n'est pas menaçante;

La goutte, le rhumatisme chronique et toutes les manifestations de l'arthritisme;

L'obésité est combattue avec succès par la cure thermale complétée par l'application des agents physiques;

Enfin, l'entérite muco-membraneuse et toutes les affections intestinales sont justiciables de Vichy.

L'importation des eaux minérales en Angleterre.

Depuis 1905, la progression suivante s'est manifestée pour la France et l'Allemagne (les chiffres du 1er tableau représentent la valeur en quintaux importés en Angleterre; ceux du second leur valeur exprimée en livres sterling).

	1905	1906	1907	1908	1909
France....	271.105	580.363	661.9 6	667.689	735.927
Allemagne	908.690	814.148	932.739	729.626	772.101

France....	66.482	110.841	139.416	134.213	148.073
Allemagne	169.828	151.622	173.625	132.842	14.102

ÉCHOS

Exposition d'hygiène.

Une exposition internationale d'hygiène aura lieu à Dresde de mai à octobre 1911 C'est une manifestation scientifique et sociale du plus haut intérêt, une démonstration de tous les moyens de lutte contre les causes de la déchéance physique. L'effort allemand sera colossal.

Les procédés scientifiques, les applications industrielles ou sociales seront réparties en onze groupes. La cité et l'habitation, l'alimentation, le vêtement, les conditions du travail, les maladies infectieuses et sociales, les soins aux malades, la protection de l'enfance, l'hygiène des transports, de l'armée, de la marine et des colonies.

La France, qui a exercé une action si considérable sur l'évolution de l'hygiène par les découvertes de Pasteur et de ses élèves, ne pouvait manquer de se faire représenter à cette Exposition. Le Gouvernement français a donc accepté l'invitation qui lui était officiellement adressée, et on installe actuellement un pavillon de 1.200 mètres consacré à la participation scientifique, administrative et philanthropique de la France. L'Exposition de Dresde comprend 75.000 mètres (le tiers de l'Exposition Universelle de Bruxelles).

Le Comité français a à sa tête M. Paul Strauss, président; MM. Landouzy et Calmette, vice-présidents.

Les principaux stands du pavillon français seront occupés par : Service maritime, Vaccination, Lutte contre la tuberculose et Sanatoriums, Consultations de nourrissons et stérilisation du lait.

Le Commissaire général français est M. Fuster, que ses travaux et sa notoriété avaient dès le début désigné au choix de MM. les Ministres du Commerce et de l'Intérieur. Il ressort maintenant exclusivement de ce dernier ministère.

Le corps médical ne voudra pas rester inactif en face d'une pareille manifestation, et nous sommes convaincus que les Français seront nombreux qui iront visiter cette Exposition et rappeler là-bas que la France a toujours été en tête de tous les progrès; qu'elle a eu, dès l'abord, ses formules propres, si souvent copiées par les institutions étrangères.

A. P. M.

L'Association Internationale de Perfectionnement scientifique et d'Enseignement médical complémentaire (ancienne Association d'Enseignement médical complémentaire), que patronne le Gouvernement français, vient de se transformer avantageusement et pourra désormais rendre à ses membres encore plus de services que par le passé.

On sait qu'elle a pour objet — en faisant connaître les progrès de la médecine et de l'Hygiène générale et spéciales et des sciences annexes dans tous les pays et en y contribuant elle-même — le développement et la réalisation du perfectionnement scientifique et médical.

Parmi ses principaux moyens d'action, nous rappellerons seulement ses voyages d'études et sessions annuels, son bulletin mensuel illustré, ses conférences, sa division en groupes d'études spéciales, son bureau de renseignements et sa lettre de crédit scientifique international, ses consulats scientifiques, etc. Douze cents membres sont à l'heure présente compris dans la Société Centrale Française et les sections étrangères de l'Association.

Le Bureau de l'A. P. M. est actuellement ainsi composé : Président d'honneur : Dr Roux, de l'Institut Pasteur; président : M. J.-A. Etienne-Bazot, fondateur de la Société; vice-présidents : Pr Raphael Blanchard, Dr Fernand Cathelin, Dr Charles Levassort; secrétaire général : Dr Charles Legendre; vice-secrétaires généraux : Dr A. Blind, Dr M. Mercier; trésorier général : Dr Pierre Laurent. Six secrétaires des Groupes d'Etudes et trente conseillers complètent le Conseil Central d'administration.

Le Bureau de l'Association est ouvert le mercredi et le samedi de 10 h. à midi, 12, rue François-Millet, Paris (XVIe). Les statuts, le règlement général et l'Annuaire de la Société centrale sont adressés franco recommandés à titre de propagande contre 0 fr. 60 en timbres-poste pour la France ou trois coupons-réponse internationaux pour l'étranger.

Les Pharmacies de Saint-Pétersbourg.

En Russie, la loi veut qu'il y ait une pharmacie pour 12.000 habitants; comme la population de Saint-Pétersbourg s'est accrue et dépasse 1 million 900.000 habitants et qu'il n'y a en ce moment que 147 pharmacies, le nombre des pharmaciens sera porté à 158, et, comme la population sera encore plus considérable lors du prochain recensement, les autorités ont demandés la création progressive de 50 pharmacies nouvelles.

REVUE FINANCIÈRE

La Bourse est très calme. Rien d'intéressant aux établissements de crédit.

Les yeux restent toujours fixés sur les valeurs russes.

Au parquet, Saint-Pétersbourg recherche surtout la Bakou qui s'élève à 914. On parle de combinaisons à l'étude, de fusions avec d'autres sociétés pétrolifères. La Briansk est également en faveur à 485 faisant un bond prodigieux. Par contre, la Sosnowice, dont le marché est exclusivement parisien, retombe à 1474. En coulisse, le mouvement se généralise, commençant par la Maltzoff qui est passée à 2218 et se poursuivant par la Toula à 513, la Taganrog à 671, la Hartmann à 773 et la Lena à 153,50. De son côté, le Platine d'abord discuté à 854, reprend par la suite à 869.

Les Sels Gemmes viennent de faire une hausse très rapide passant de 303 (début du mois) à 340.

La Banque de Salonique est en progrès.

Les bénéfices réalisés en 1910 s'élèvent à 1.328.212 francs contre 899.929 francs pour 1909. Malgré cette augmentation de 428.283 francs, le dividende sera maintenu à 6 0/0 comme pour 1909, le nombre des actions à rémunérer étant plus élevé que précédemment.

Le Comité de la coulisse a enfin pris une mesure d'assainissement en rayant la Kertch du marché à terme! A. S. WEIL.

OIL TRUST OF GALICIA

Le marché des actions *Oil Trust of Galicia* devient de plus en plus actif à mesure que le public se rend mieux compte de la valeur du titre qui lui est offert et des remarquables perspectives d'avenir de cette entreprise. Le titre cote actuellement environ 73 pour les unités et 70 pour les coupures, ce qui représente déjà une sensible plus-value sur les cours d'introduction. Pourrait-il en être autrement d'ailleurs?

En vérité, plus on étudie cette affaire et plus on se rend compte qu'elle est appelée à prendre rapidement une des premières places parmi les affaires pétrolifères.

Il est juste de dire qu'elle est vraiment placée dans des conditions exceptionnellement favorables.

Les riches gisements de Tustanowice, en Galicie, où sont situés ses puits, sont célèbres depuis longtemps. Dès le XVIIIe siècle, l'industrie du pétrole était connue dans cette région et, dès 1859, la production du liquide devenait assez abondante pour permettre des transactions commerciales. De grands centres d'exploitation se formèrent peu à peu et des débouchés importants ne tardèrent pas à se créer, car on s'aperçut bientôt que le pétrole galicien ne se faisait pas seulement remarquer par la quantité, mais aussi par la qualité. Il fournit, en effet, une moyenne de 60 0/0 d'huile lampante alors que les huiles russes, par exemple, n'en donnent que 18 0/0 et contiennent presque toujours de 30 à 40 0/0 de sable.

La production actuelle du seul district de Tustanowice atteint plus de 87 0/0 de la production totale de la Galicie.

Or, nous avons vu que l'*Oil Trust of Galicia* a expédié pendant le mois de mars 24.000 tonnes de pétrole. Les chiffres d'avril ne sont pas moins favorables : ils atteignent, en effet, près de 20.000 tonnes, chiffre qui n'est inférieur qu'en apparence au précédent, car il faut noter que les fêtes de Pâques ont interrompu production et expéditions pendant plusieurs jours.

De ces chiffres sont naturellement déduits les 20 0/0 de redevances à payer aux propriétaires de terrains, et il n'est pas tenu compte des quantités restant emmagasinées. Les résultats se poursuivent donc bien d'après les prévisions émises.

Mais remarquons qu'ils ne sont obtenus qu'avec quelques-uns seulement des puits appartenant à la Société. Or, elle en possède actuellement 10 qui sont : Bitum no 1 de 1.050 mètres de profondeur; Bitum no 2 de 1.190 mètres; Josef no 1 de 1.310 mètres, Josef no 2 où l'installation de forage vient d'être terminée; Nowina, de 1.225 mètres, Eléonora, de 1.210 mètres, Victor, de 1.240 mètres, Georges no 1 de 1.010 m., Georges no 2, de 910 mètres et Noé de 1.090 mètres.

A ces 10 puits, la Société pourra en adjoindre 11 autres quand elle le jugera à propos.

Nous avons parlé, dans notre précédente étude, du célèbre puits Josef-Waterkeyn. Il est curieux de faire ressortir, à propos de ce puits, que l'appareil de forage n'a pas été enlevé et que si l'on venait à le retirer, le pétrole jaillirait alors librement et la production serait portée de 600 à 2.000 tonnes par jour. Ajoutons que le liquide s'échappe sous la pression du gaz naturel, phénomène physique peu ordinaire qui se poursuit sans donner le moindre signe de défaillance.

On voit donc que lorsqu'on évalue la production annuelle à 270.000 tonnes et les bénéfices en résultant à 6.750.000 fr., soit à plus de 80 0/0 du capital-actions émis, on est très vraisemblablement au-dessous de la vérité.

Objectera-t-on que les débouchés peuvent manquer pour une production aussi importante? Il est facile de démontrer qu'une telle éventualité n'est pas à craindre. Nous avons vu, en effet, que la presque totalité de la production a son écoulement assuré par suite de contrats passés avec l'Union des producteurs de pétrole brut, pour le compte du Gouvernement autrichien. Il est notoire, d'ailleurs, que l'emploi de ce liquide se généralise avec une rapidité remarquable.

L'Amérique, qui est cependant le plus gros producteur de pétrole, en consomme une telle quantité qu'elle a *importé* en 1910, 2.353 tonnes de liquide lampant. La plupart des flottes étrangères ont déjà substitué le pétrole au charbon. La France, on ne l'ignore pas, a décidé d'appliquer le chauffage au pétrole à ses nouveaux cuirassés. Les contre-torpilleurs récemment construits sont aménagés pour ce chauffage et nos sous-marins l'emploient aussi pour la marche en surface.

Mais nous n'en finirions pas si nous voulions nous étendre sur les emplois innombrables de ce précieux liquide. Les exemples que nous citons nous paraissent particulièrement probants et l'on peut s'imaginer quelles quantités de pétrole seront nécessaires lorsque toutes les marines de guerre ou marchandes auront adopté, — ce qui ne saurait tarder, — ce mode de chauffage. Et nous laissons de côté les nombreux emplois industriels du pétrole.

Il est un fait certain, c'est que, de même que le siècle dernier a été le siècle du charbon, notre époque verra le règne incontesté du pétrole. Des fortunes se sont édifiées jadis avec les charbonnages; en s'intéressant dès à présent à des valeurs pétrolifères judicieusement choisies, les capitalistes avisés peuvent réaliser les mêmes fructueux bénéfices.

Un intérêt pris à temps dans une entreprise telle que l'*Oil Trust of Galicia* c'est, pour nous servir de l'expression d'un de nos confrères, une véritable porte ouverte à la fortune, d'autant qu'un acompte de dividende de 10 0/0, soit 2 fr. 50 pour trois mois d'exercice, sera mis en paiement à fin juin prochain. Cet acompte correspond à un dividende annuel de 10 francs, soit plus de 16 0/0 du cours actuel.

Il est peu d'entreprises qui, dès leurs débuts, sont susceptibles de donner de semblables résultats. Aussi faut-il prévoir un mouvement de hausse important sur les actions de l'*Oil Trust of Galicia*.

82e Année (Série XIIIe) — N° 95 | Le Numéro : 25 Centimes | Mercredi 24 Mai 1911

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
9, Rue Denis-Poisson, PARIS
Téléphone : 578-40

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale......... 15 fr.
Edition Espagnole.... 10 fr.
Edition Portugaise.... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Des empoisonnements par erreurs du médecin, du pharmacien ou de ses aides, du malade ou de son entourage, par le Dr J. MOUGIN, deuxième édition, 184 pages.

M. le Dr Mougin qui est à la tête d'une des plus importantes pharmacies de Paris depuis trente ans, a vu un grand nombre d'erreurs d'ordonnances sources d'empoisonnements; il les a collationnées, en a cherché les causes et établi la prophylaxie.

L'erreur peut être commise par le médecin par l'oubli des doses toxiques; le fait est assez rare et ne se produit guère que pour les enfants; comme le préparateur ignore que le médicament est destiné à un enfant, il ne peut pas retenir l'ordonnance. Plus souvent il s'agit de distractions, qui font écrire un mot pour un autre, par exemple sirop d'opium pour sirop d'erasimum. Il serait bon que le médecin s'habitue à formuler toujours de la même façon, ou bien par masse, ou bien par dose; alors il ne lui arriverait pas d'écrire :

Extrait d'opium.................. 0 gr. 10
Poudre de réglisse.............. Q. S.
Pour 1 pilule; en faire 10.

au lieu de « divisez en dix pilules ». Il devrait aussi régulièrement relire son ordonnance; alors il s'apercevrait de l'oubli assez fréquent du véhicule dans les potions. Enfin il convient de prescrire et de signer lisiblement, pour mettre le pharmacien à même de lire l'ordonnance et de pouvoir toucher le signataire en cas d'erreur. Cela est une preuve de l'utilité du papier à en-tête.

A l'officine, les erreurs sont le plus souvent commises par manque de méthode, d'où il résulte un encombrement des tables de travail par des bouteilles, des instruments, des récipients. Parmi eux la confusion est facile à commettre. Pour l'auteur « le nombre des erreurs est en raison directe de l'encombrement » et « un récipient ne doit quitter la main du préparateur que pour reprendre sa place ». Enfin, le pharmacien doit s'astreindre à lire chaque fois l'étiquette de chaque récipient, et ne pas se fier à l'habitude de prendre tel produit à telle place; n'importe quel hasard n'a-t-il pas pu intervertir deux bocaux pareils de place ?

Il y a encore possibilité d'erreur de la part du droguiste, du livreur, de l'employé qui transvase ou qui colle les étiquettes, qui copie les ordonnances avec les numéros d'ordre.

Enfin il y a des sources d'erreur jusque dans la chambre du malade, où le désordre règne trop souvent en maître; là on oublie, plus que partout ailleurs, combien il est dangereux de manier les substances toxiques, qui constituent notre arsenal thérapeutique moderne.

Ce livre très utile et très documenté restera: il jette un cri d'alarme qui sera écouté.

Cathéchisme de prophylaxie sanitaire et morale à l'usage des mères de famille pour la défense de leurs foyers contre les grands fléaux du vingtième siècle, par le Dr SUAREZ DE MENDOZA, de Paris.

Depuis déjà nombre d'années le Dr Suarez de Mendoza s'est appliqué avec succès à lutter contre les grandes maladies par ses livres, ses traités, ses conférences et sa puissante ligue des mères de famille. Il vient de publier aujourd'hui un ouvrage considérable très documenté qui est une œuvre excellente et qui sera lu avec profit.

La première partie, très développée, est consacrée aux considérations générales sur les grands fléaux du XXe siècle et à l'étude des trois fléaux avariants : la tuberculose, l'avariose et la neissérose. Cette partie, écrite d'une façon tout à fait personnelle et originale, d'une lecture facile et attrayante, comprend de nombreux et ingénieux tableaux synoptiques et se termine par des « conseils de prophylaxie sanitaire et morale » sous forme de règles si supérieurement pratiques, qu'on a pu dire, en Allemagne, avec juste raison « qu'il serait à désirer qu'elles fussent affichées non seulement dans tous les endroits publics mais aussi dans chaque maison et particulièrement dans chaque chambre d'enfant ». (*Der Frauennartz*, numéro 248).

On peut dire, d'une façon générale, que l'auteur, dans toute cette première partie de son livre où il avait à traiter à chaque page des questions extrêmement délicates, n'a jamais oublié l'article 22 du règlement intérieur de la Ligue et que s'il a frappé les fléaux « avec une main d'acier » cette main était toujours « trois fois gantée de blanc ».

Dans la seconde partie, l'auteur, avec la même érudition et la même documentation rigoureuse, traite des fléaux dysbromatiques : l'alcoolisme et la mortalité infantile. Cette partie est également suivie de « conseils de prophylaxie » conçus au point de vue de la bonne propagande et de la suggestion utilement obsédante de la même façon que ceux se rapportant aux maladies avariantes.

Enfin, dans une troisième partie, — l'appendice — l'auteur a réuni divers documents concourrant tous au même but et pouvant être utilisés, soit dans leur ensemble, soit séparément, comme armes de propagande.

L'insomnie chronique, par le Dr Noë (Rousset).

Dans cet intéressant ouvrage l'auteur étudie le mécanisme du sommeil qui répond, à l'égard de l'histolyse qui tend à s'exagérer, à un besoin nécessaire d'épargne plus impérieux même que celui de nourriture. La sensation de réconfort que procure le sommeil tient non seulement à la désintoxication résultant du ralentissement des échanges, mais surtout au rajeunissement suscité par la réparation des réserves énergétiques. L'auteur recommande le veronidia comme le spécifique de l'insomnie névropathique.

La base organique de l'éreuthophobie et son traitement, par le Dr HARTENBERG (Broch. Masson).

La prostatectomie transvésicale et ses résultats, par le Dr G. LUYS (Broch. Steinheil).

Fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus compliquées de luxation, par le Dr DUPUY DE FRENELLE (Broch.).

L'hypophyse cérébrale pharyngée et la glande pinéale en pathologie (en ital.). Bologne.

Contribution à l'étude de certaines facultés cérébrales méconnues, par le Dr W. C. DE SERMYN (Alcan).

Dans cet intéressant ouvrage (in-8° de 600 pages) l'auteur cite des faits extraordinaires observés par lui (morts prédites, rêves prémonitoires, phénomènes de cérébration inconsciente, phénomènes para-hypnotiques). Puis l'auteur examine les raisons qui font croire à l'existence dans l'univers d'une force directrice, intelligente et volontaire.

L'Hominologie. Enseignement et philosophie de l'avenir, par le Dr MOURA (Broch. Pamiers).

Quinze observations d'angiomes guéris par la radiothérapie, par le Dr ALBERT WEIL (Broch.).

Traitement de l'hypertrichose, par le Dr ALBERT WEIL (Broch.).

Statistique générale et fréquence relative de différentes affections de l'œsophage, par GUISEZ, de Paris (Broch. Baillière).

Compte rendu de la IXe Conférence de la Tuberculose (Bruxelles).

Le choléra asiatique dans l'hôpital national grec de Yédi-Coulé pendant la dernière épidémie, par le Dr EVELPIDES (Constantinople).

ÉCHOS

Le tableau de concours pour la Légion d'honneur du corps de santé de la réserve et de la territoriale.

Pour officier :

Les médecins : Emmerique, 4e région ; Barois, 6e rég. ; Destrem, 10e rég. ; Martin, 16e rég. ; Vercoutre, 8e rég. ; Lasserre, 18e rég. ; Durand, 17e rég. ; de Balthasar, 12e rég. ; Burlureau, gouv. mil. de Paris.

Les pharmaciens : Morel, 6e région, Montezum, 6e région.

Pour chevalier :

Les médecins : Guende. 15e région ; Saintin, 6e rég. ; Meyer. 20e rég. ; Bataille, 3e rég. ; Amiet, 8e rég. ; Trouillet, div. de Tunisie ; Ducloux, 16e rég. ; Hiard. gouv. mil. de Paris ; Delfosse, 1er rég. ; Rey, 19e rég. ; Cusset, 14e rég. ; Morisson, gouv. mil. de Paris ; Gervais, 7e rég. ; Pratx, 16e rég : Mouin, gouv. mil. de Paris ; Laugier, 4e rég. ; Mougin, 2e rég. ; du Magny, 18e rég. ; Moulinier, 12e rég. ; Deschamps, 13e rég. ; Potherat, 5e rég. ; Jeanton, gouv. mil. de Paris ; Laurent, 11e rég. ; Riocreux, 4e rég. : Colombel, 12e rég. : Levy, 6e rég. ; Coutray de Pradel, 13e rég. ; Benoist, 11e rég. ; Vigier, 10e rég. ; Cousin, 15e rég. ; Grinda, 15e rég.

Les pharmaciens : Giraud, 11e région ; Bailly, 5e rég. ; Duvallet, gouv. mil. de Paris.

Les officiers d'administration : Gamel, 15e région : d'Hector de Rochefontaine, 14e rég. ; Colombani, 19e rég. ; Carlet, 9e rég. ; Fonbert, 2e rég. ; Menges, gouv. mil. de Paris ; Leray (F.-J. A.) ; 1re rég. ; Hastron, gouv. mil. de Paris.

Médaille militaire :

Perrey, sergent réserviste, 7e région.

Pour l'enseignement classique

La Société de l'internat des hôpitaux de Bordeaux, réunie en Assemblée générale, vient d'émettre le vœu suivant :

« Considérant :

« 1° Que l'enseignement classique contribue puissamment à donner aux médecins l'élévation d'esprit, de sentiment et de caractère, aussi indispensable à sa mission morale et sociale que l'enseignement technique est indispensable à son rôle professionnel ;

« 2° Considérant que le décret du 29 avril 1910 sur les équivalences compromet la cause de cet enseignement classique ;

« Emet le vœu que le décret du 29 avril 1910 soit abrogé. »

Æsculape.

La grande revue médicale illustrée *Æsculape* continue à paraître avec grand succès. Dans le dernier numéro le Dr Cabanès conte l'aventure de la duchesse de Berry, « entrant en prison à la suite d'une des équipées les plus folles, et qui en sort tenant dans ses bras un enfant dont un gentilhomme italien endosse la paternité ». La grossesse fut dissimulée jusqu'au... huitième mois aux maîtres de la Faculté !

Œuvre parisienne de secours immédiat et d'assistance à la famille médicale.

Veuve de médecin, 35 ans, apte à être employée dans le commerce, soit à la correspondance, soit à la comptabilité, soit à la vente. Très recommandée.

Proposition de loi tendant à l'interdiction de la fabrication et de la vente de l'absinthe (Renvoyée à la Commission de l'hygiène publique), présentée par M. Henri Schmidt, député.

PROPOSITION DE LOI. — Article premier. — La fabrication, l'importation, la circulation et la vente de toute liqueur du type « absinthe » sont interdites.

Art. 2. — Seront punis de l'emprisonnement pendant trois mois au moins et deux ans au plus, et d'une amende de 500 francs au moins et de 10 000 francs au plus, ou de l'une de ces deux peines seulement, quiconque se sera livré à la fabrication de la liqueur interdite.

Seront punis de l'emprisonnement pendant trois mois au moins et un an au plus, et d'une amende de 100 francs au moins et de 5.000 francs au plus, ou de l'une de ces deux peines seulement, quiconque aura contrevenu à l'interdiction de l'importation, de la circulation et de la vente.

En cas de récidive de la part d'un débitant, l'interdiction d'exercer le commerce des boissons pourra être prononcée par le tribunal.

Les produits qui feront l'objet de contraventions à l'article 1er seront saisis et confisqués.

Art. 3. — La présente loi sera applicable dès sa promulgation en ce qui concerne l'importation, un an après en ce qui concerne la fabrication et deux ans après en ce qui concerne la circulation et la vente.

Art. 4. — La présente loi est applicable à l'Algérie et à toutes les colonies françaises.

L'instruction classique et les médecins.

La société médicale du XIVe arrondissement vient de voter dans sa séance d'avril, l'ordre du jour suivant :

« Engage toutes les sociétés médicales, tant professionnelles que scientifiques, à faire bloc pour sauvegarder les traditions de culture classique qui sont la condition de la dignité et de l'autorité du médecin... »

Le Dr Mesny.

Sur un rapport de M. Lucien Descaves, la Commission chargée d'administrer la « Fondation Carnegie pour récompenser les actes d'héroïsme » vient de décerner sa médaille d'or à Mme Gerald Mesny en souvenir de son mari dont on connaît la mort héroïque en Mandchourie.

Le 10 janvier, le Dr Mesny écrivait de Kharbine à un ami : « On s'y est pris trop tard. Nous sommes débordés. Il n'y a plus rien à faire qu'à voir mourir et à mourir soi-même à son poste. »

Deux jours après il mourait de la façon que l'on sait.

Hôpital Maritime de Berck-sur-Mer, 1.100 lits (Pas-de-Calais).

Cours de vacances. Douze leçons sur la tuberculose des os, des articulations et des ganglions par le Dr Ménard, chirurgien en chef, Dr Andrieu et Dr Calvé, chirurgiens assistants.

Ces leçons auront lieu du 7 au 20 août 1911.

Elles seront accompagnées de présentations de malades, de démonstrations pratiques et d'examens de pièces.

Prix du cours 50 francs.

Se faire inscrire par lettre adressée au Dr Calvé ou au Dr Andrieu, Berck-Plage.

La Maison de Pasteur à Dôle.

La ville de Dôle a pris l'initiative d'une souscription en vue d'acquérir la maison natale de Pasteur. Préserver cette maison contre toute destruction, la garder comme la plus précieuse leçon de choses, comme un magnifique enseignement, dans la rue ouvrière des Tanneurs où elle est si bien placée, tel est le but que la ville se propose. La municipalité demande à tous les admirateurs de Pasteur de la seconder personnellement et de provoquer autour de son initiative des souscriptions même les plus modestes.

TRAITEMENT
DE LA
Blennorrhagie uréthrale chez l'homme
à son début, pour en arrêter l'évolution

par le Docteur ROBLIN
Lauréat de la Faculté

La plupart des urologistes aujourd'hui indiquent différentes méthodes de traitement pour arrêter la blennorrhagie à son début; mais ces méthodes nombreuses ne donnent pas toujours des résultats parfaits, souvent certaines causent des complications dangereuses pour les malades et, lorsqu'elles échouent, entraînent une durée très longue de l'affection.

Si l'on passe en revue ces divers traitements, on voit que d'une façon générale on a recours soit à des injections, soit à des lavages avec une solution de sublimé ou de sels argentiques ou de permanganate de potasse. C'est ainsi que l'on préconise des injections quotidiennes avec une solution de sublimé à 1 pour 8.000, à 1 pour 20.000 pendant quatre ou cinq jours ou des lavages quotidiens à 1 pour 20.000.

Parmi les sels argentiques, le nitrate d'argent est le plus employé: on recommande des injections ou des instillations à 1 pour 300 et même à 1 pour 20 faites au nombre de 1 à 2 par jour pendant quatre à cinq jours au maximum.

On a encore conseillé, surtout en Allemagne, des injections de protargol de 2 à 4 pour 100 ou des lavages à 1 pour 1.000, des injections d'argonine et d'albargine à 1 pour 100, des solutions d'argentanine, d'ichtyargan, etc.

Tous ces sels déterminent, la plupart du temps, sur la muqueuse uréthrale une irritation qui se traduit par un écoulement séro-sanguinolent, des douleurs violentes et même parfois de la rétention d'urine. Les malades se prêtent difficilement à cette thérapeutique qui, il faut le dire, a bien peu de guérisons certaines à son actif. Le sublimé et le nitrate d'argent ont en plus un grave inconvénient, c'est de laisser souvent une sténose consécutive du méat. Quant aux injections de protargol, d'argonine et d'albargine, elles doivent souvent être prolongées pendant trois à quatre semaines pour amener une guérison complète. Ce ne sont pas là, à proprement parler, des méthodes rapides de traitement, aussi vaut-il mieux, suivant nous, les laisser de côté complètement, du moins au début, pour arrêter l'évolution de la maladie.

Le permanganate de potasse en injections uréthrales à la dose de 0 gr. 25 et de 1 gramme pour un litre d'eau bouillie a trouvé de nombreux partisans; mais ces injections ne sont pas toujours efficaces et parfois, si elles sont mal faites, et elles sont faites en général par les malades, elles peuvent amener une uréthrite postérieure assez intense accompagnée de cystite et de prostatite. Il n'en est plus de même si on emploie ce médicament en grands lavages uréthro-vésicaux; par suite d'un nettoyage complet de l'urèthre postérieur et de la cavité vésicale, tous les dangers précédents sont écartés. Mais comment doit-on faire ces lavages? M. Janet a prescrit à ce sujet la technique suivante: employer un bock laveur et une canule à bout olivaire; faire le premier jour, matin et soir, un lavage de l'urèthre antérieur à 1 gramme de permanganate de potasse pour 4.000; le deuxième jour un lavage de l'urèthre antérieur le matin à 1 pour 3.000 et le soir à 1 pour 4.000; le troisième jour un lavage des urèthres antérieur et postérieur le matin à 1 pour 2.000 et le soir à 1 pour 4.000; le quatrième jour un lavage des deux urèthres à 1 pour 2.000; le cinquième jour un lavage des deux urèthres matin et soir à 1 pour 2.000, le sixième jour un lavage des deux urèthres à 1 pour 2.000; les septième, huitième et neuvième jours, un lavage des deux urèthres à 1 pour 1.000; le dixième jour un lavage de l'urèthre antérieur le matin à 1 pour 500 et le soir un lavage des deux urèthres à 1 pour 2.000.

M. Guiard emploie une technique un peu différente: il recommande les lavages au moyen d'une seringue munie d'un embout en caoutchouc avec des doses beaucoup plus faibles de permanganate de potasse à 1 pour 10.000. M. Lebreton a obtenu dernièrement de bons résultats en faisant pendant quatre jours matin et soir des lavages uréthro-vésicaux à 1 pour 4.000 et les quatre jours suivants un seul grand lavage par jour à 1 pour 4.000, tout en prescrivant au malade de faire lui-même, dans l'intervalle, avec une petite seringue des injections qu'il garde une demi-minute.

Ces différentes méthodes par les grands lavages ont rendu et sont encore appelées à rendre d'excellents services, cependant nous croyons qu'elles ne sont pas à généraliser pour tous les cas de blennorrhagies au début. La méthode de M. Janet, qui consiste à faire seulement des lavages de l'urèthre antérieur les deux premiers jours, nous semble dangereuse, car mise dans des mains pas assez expertes, elle pourrait peut être avoir l'inconvénient de produire d'emblée l'infection de l'urèthre postérieur et de la vessie. Quant aux méthodes de M. Guiard et de M. Lebreton, elles ne semblent pas convenir à tous les cas, car chez certains individus, il est nécessaire de faire des lavages de permanganate de potasse jusqu'à 1 pour 1.000 afin d'arriver à tarir complètement l'humidité du canal. Aussi avons-nous modifié ces différentes manières de procéder en employant la méthode suivante qui nous a donné des résultats très encourageants: pendant trois ou quatre jours, nous faisons matin et soir, le matin à 8 heures et le soir à 6 heures, un lavage uréthro-vésical avec une solution de permanganate de potasse à 0 gr. 25 pour un litre d'eau bouillie à 40°; dans l'intervalle, vers 11 heures du soir, nous prescrivons une injection à 1 pour 1.000 que le malade fait lui-même au moyen d'une petite seringue de 12 à 16 centimètres cubes. Puis nous ne faisons plus qu'une fois par jour un grand lavage uréthro-vésical avec un litre d'eau contenant dissous du permanganate de potasse de 0 gr. 25 à 1 gramme; si, après les quatre premiers jours du traitement, l'urèthre ne présente plus d'humidité appréciable, nous continuons les lavages en augmentant la dose de permanganate jusqu'à 0 gr. 50 suivant la susceptibilité du canal; si, après les quatre premiers jours, il y a encore un suintement du canal, nous ne faisons toujours qu'un seul grand lavage dans la journée, mais en augmentant les doses de permanganate de potasse peu à peu jusqu'à 1 gramme au maximum par litre. Au bout de sept à dix jours, l'écoulement a complètement disparu, mais il est prudent de continuer encore trois à quatre jours les lavages, pour n'avoir pas de récidive. Le malade pourra ensuite faire même des excès de boisson et de coïts sans craindre une réapparition de son affection.

Nos lavages sont faits toujours dans la position horizontale avec un bock laveur fixé à 1 m. 20 de hauteur et avec une canule à extrémité olivaire, et il ne pénètre pas plus de 250 grammes de solution dans la vessie, une fois l'urèthre antérieur bien nettoyé. Nous recommandons aux malades de toujours uriner avant chaque lavage et chaque injection et après chaque lavage pour rejeter le permanganate. Naturellement nous instituons le régime que l'on prescrit d'ordinaire: absence de mets épicés ou vinaigrés, de boissons alcoolisées, fermentées ou excitantes. Si le malade est un sujet nerveux et pusillanime, nous pratiquons, avant d'introduire le permanganate dans la vessie, une anesthésie de l'urèthre avec une solution de cocaïne ou de novocaïne à 1 p. 100.

On pourra nous objecter que nous, aussi, nous conseillons aux malades de faire des injections eux-mêmes; mais ces injections ne présentent aucun danger, car elles sont suivies quelques heures après d'un grand lavage, qui empêche le gonocoque de se fixer plus profondément, et de plus, elles ont l'avantage d'améliorer les régions déjà contaminées. Mais disons-le de suite, ce traitement ne doit pas être employé à tort et à travers pour chaque malade qui se présente atteint d'une uréthrite gonococcique; ses indications sont bien restreintes et ses applications bien limitées: il ne peut et ne doit être tenté que si les symptômes remontent à vingt-quatre ou trente-six heures au plus. Souvent le début de l'affection passe inaperçu et les malades viennent consulter trop tard pour que cette méthode soit suivie de succès: si les lèvres du méat sont déjà rouges et tuméfiées, si, après avoir fait uriner dans trois verres on constate que les deux premiers sont franchement troubles, il est inutile d'essayer ce procédé: il ne réussira pas. Lorsque l'on passe outre, à la suite de quatre à cinq lavages, il s'écoulera un liquide séro-sanguinolent et les douleurs seront tellement violentes qu'il faudra cesser cette médication, pour recourir aux boissons émollientes pendant trois semaines, et reprendre ensuite les grands lavages à doses faibles une fois par jour seulement.

Cependant, certains cas, où la maladie est traitée un peu trop tard, sont bien, mais pas suffisamment influencés par les lavages des quatre premiers jours; pour ces cas, il ne faut pas continuer le traitement en augmentant les doses de permanganate, ce qui irriterait alors la muqueuse, mais pratiquer des lavages une fois par jour avec une solution de 0 gr. 25 pour 1.000, et au bout de trois semaines environ, les malades

seront guéris; le traitement n'aura pas agi très rapidement, mais il aura toujours diminué d'une façon appréciable la durée de l'affection.

D'ailleurs, voici quelques résultats obtenus avec la méthode que nous venons d'indiquer.

OBSERVATION I. — X..., 29 ans, se présente le 11 mars 1908; 3 blennorrhagies antérieurement, coït douteux le 8 mars, apparition d'une goutte blanche au méat le 11 mars au matin. Traitement: pendant trois jours, deux grands lavages uréthro-vésicaux à 0 gr. 25 de permanganate de potasse par litre, le matin à 9 beures et le soir à 6 beures et une injection uréthrale à 1 pour 1.000 le soir à 11 beures; le 15 mars un grand lavage à 0 gr. 50 pour 1.000; les 16, 17, 18 et 19 mars un grand lavage par jour en augmentant chaque fois les doses de permanganate jusqu'à 1 gramme par litre d'eau, à cause de la persistance d'un peu d'humidité du canal; le traitement est cessé le 20 mars; le malade est revu le 28 mars et le 20 mai, après avoir fait de petits excès de boisson et avoir pratiqué le coït sans offrir de récidive.

Le 13 août 1909, il revient avec un écoulement apparu depuis un jour et demi et survenu huit jours après un coït douteux : même traitement et même résultat.

OBSERVATION II. — X..., 27 ans, se présente le 18 octobre 1909 avec un écoulement datant de vingt-quatre beures; il a eu une blennorrhagie antérieurement. Traitement institué et guérison complète au douzième jour, sans récidive dans la suite.

OBSERVATION III. — X..., 28 ans, vient le 4 janvier 1910 avec un écoulement apparu depuis un jour et demi, il a eu un coït douteux sept jours auparavant. On institue le traitement par des lavages aussitôt. On a employé des doses de permanganate de potasse n'ayant pas dépassé 0 gr. 50 par litre; le 14 janvier le traitement est terminé. Depuis il n'y a eu aucune récidive.

OBSERVATION IV. — X..., 20 ans, vient le 2 avril 1910 avec un écoulement datant d'un jour; il a eu deux blennorrhagies antérieurement; le coït douteux remonte à trois jours. Dix jours après le traitement, le malade est guéri; les doses de permanganate de potasse employées sont restées à 0 gr. 25 par litre. Pas de récidive depuis.

OBSERVATION V. — X..., 31 ans, vient le 10 janvier au soir avec un écoulement apparu le matin; il a eu 6 blennorrhagies antérieures; le coït douteux remonte à quatre jours. Le traitement est institué aussitôt, mais on est obligé de pousser les doses de permanganate de potasse jusqu'à 0 gr. 75 par litre; après douze jours de lavages, il n'y a plus rien et dans la suite il n'y a pas eu de récidive.

En somme, d'après ces quelques observations, on peut juger des bons résultats obtenus dans la blennorrhagie au début par les grands lavages au permanganate de potasse à doses faibles, puis progressivement croissantes, suivant la réaction du canal, sans jamais dépasser 0 gr. 75 à 1 gramme par litre d'eau. Nous ajouterons que l'examen bactériologique a montré pour tous les cas cités plus haut l'existence non douteuse de gonocoques dans l'écoulement. Nous ne saurions trop insister en terminant sur la nécessité de ne jamais laisser aux malades le soin de faire ces grands lavages eux-mêmes. S'il est facile à tout médecin de pratiquer ce traitement au début de la blennorrhagie sans inconvénient, les malades par contre, en ne prenant pas toutes les précautions nécessaires, pourraient s'exposer à une infection plus profonde et par conséquent plus grave et plus difficile à guérir dans la suite. Certes, il n'est pas commode d'obtenir pour chaque malade de se présenter assez tôt et de venir même pendant quelques jours seulement se faire traiter deux fois dans la même journée, mais vu la durée de l'uréthrite gonococcique chez certains sujets, et parfois les complications qui en dérivent, il y a gros intérêt à user de persuasion pour appliquer, chaque fois qu'il sera permis de le faire, le traitement de la blennorrhagie au début par les grands lavages de permanganate de potasse afin d'en arrêter l'évolution.

REVUE DE CHIRURGIE

Considérations sur la technique de la taille hypogastrique, par le Dr Paul DELBET, de Paris (*Soc. des chirurgiens de Paris*).

Tous les chirurgiens connaissent la réflexion par laquelle Franco, inventeur de la taille hypogastrique, termine l'exposé de son cas : « Combien je ne conseille à homme d'ainsi faire. » C'est que, obligé de pratiquer extemporanément la taille haute chez un enfant, pour extraire un calcul qu'il n'avait pu faire passer par le périnée, et opérant sans précautions antiseptiques, Franco s'était trouvé aux prises pendant l'opération avec des difficultés d'ordre mécanique et avait vu se dérouler ensuite toutes les complications septiques de la taille hypogastrique. Il a fallu des siècles pour reviser le jugement de Franco, car si les *difficultés d'ordre mécanique* furent les plus importantes du moins rapidement surmontées, il n'en devait pas être de même des *complications septiques*.

Rousset ou Rosset montre en 1581 qu'il faut distendre la vessie avec de l'eau ; afin de la faire saillir au-dessus du pubis et séparer le péritoine de son col : la vessie distendue, on doit, d'après le même auteur, coucher le malade sur le dos, incliné en arrière de manière que les intestins s'éloignent du réservoir pendant que la pierre se porte vers le bas-fond. On fait à la vessie une incision juste assez grande pour entrer le doigt et on agrandit ensuite l'incision de bas en haut.

Solinger, en 1698, recommande de distendre la vessie avec de l'air. Morand revient en 1728 sur l'utilité de la position inclinée; Kuhn, en 1752, frère Côme soulèvent la paroi antérieure de la vessie, au moment de l'incision à l'aide d'une sonde spéciale introduite par l'urèthre ; Teissière, pour éviter l'infiltration d'urine consécutive, pratique la suture vésicale.

Malgré ces perfectionnements mécaniques, la taille hypogastrique ne peut, pendant la période de historique, soutenir la lutte contre la taille périnéale. Du périnée à la vessie, le bistouri crée une plaie nette à marges résistantes, admirablement disposée pour le drainage, que n'influencent pas les mouvements alternatifs de réplétion et d'évacuation vésicale : entre l'hypogastre et la cavité vésicale, il existe au contraire une zone de tissu cellulaire lâche facilement décollable, perméable aux infections, où stagne nécessairement l'urine, la cavité de Retzius. De fait, Dulle, dans un mémoire analysé en 1875 dans l'*American Journal of medical Sciences*, est obligé de reconnaitre encore à la taille hypogastrique une mortalité de 35 0/0.

Les *complications septiques* n'ont disparu qu'après la découverte du mécanisme de l'infection par Pasteur ; et il a fallu l'adhésion du professeur Guyon aux théories nouvelles pour transformer les résultats et changer la situation respective des tailles hypogastrique et périnéale. Guyon nous apprend, outre la désinfection des mains et de la paroi, la désinfection préalable de la vessie par les lavages à la sonde à demeure; il nous apprend en outre à éviter l'infiltration par le siphonage de la vessie. Dès lors, la taille hypogastrique prend le pas sur la taille périnéale; car cette dernière garde tous ses défauts, alors que la mortalité de l'opération sus-pubienne tombe à 2 ou 3 0/0 et que la technique se perfectionne rapidement. Petersen crée le ballonnement rectal. Guyon nous fait connaitre le décollement et le refoulement du cul-de-sac prévésical. Legueu nous permet de bien voir la cavité vésicale en créant la valve qui porte son nom.

Il y a quinze ans, la taille hypogastrique était devenue une opération presque absolument bénigne et d'une précision mathématique : or, c'est à ce moment même, qu'oublieux des leçons de l'histoire, de jeunes chirurgiens modifient la technique et nous ramènent en arrière ; en supprimant, les uns le ballonnement rectal, d'autres la distension vésicale ou le drainage sans songer à corriger le seul point défectueux de l'opération, la suppuration presque constante de l'espace prévésical : c'est pourquoi il m'a paru intéressant de reprendre devant la Société la question de la technique de la taille et d'étudier les conditions qui peuvent faciliter la conduite de l'opération, diminuer la gravité de ses suites et activer la cicatrisation de la plaie.

La taille hypogastrique classique comporte les temps suivants : 1° désinfection de la vessie ; 2° mise en place du ballon de Petersen ; 3° position déclive du malade ; 4° incision de la paroi ; 5° distension de la vessie ; 6° refoulement du cul-de-sac péritonéal et ouverture de la vessie; 7° manœuvres intra-vésicales; 8° fermeture ou drainage de la vessie. Chacun de ces temps doit être étudié successivement.

Désinfection de la vessie. — Sauf dans les cas où la taille s'impose comme une opération de nécessité, c'est-à-dire dans les cystites douloureuses, les gangrènes vésicales, les plaies pénétrantes et les ruptures de la vessie, les hémorrhagies incoercibles, la désinfection préalable de la vessie est dans la taille un temps nécessaire.

Je pose en principe, dès maintenant, qu'une taille bien faite doit évoluer sans une goutte de suppuration. Au cours de l'incision de la vessie et des manœuvres intra-vésicales, le contenu vésical, si réduit qu'on le suppose, entre nécessairement en contact avec la plaie opératoire ; ne pouvant empêcher le contact du contenu et de la plaie, il faut rendre le contenu aseptique en traitant préventivement la vessie. Les urines du malade à cystotomiser sont-elles claires : trois lavages au protargol à 1/500 faits quotidiennement pendant trois jours et l'administration d'urotropine à la dose de 4 grammes par jour pendant le même temps (sauf contre-indication) suffisent à faire disparaitre ou à atténuer suffisamment le germe pathogène du contenu vésical. La vessie est-elle infectée, la mise en place d'une sonde à demeure avec mêmes lavages et même médication s'impose pendant un temps qui varie de huit à quinze jours. Ce sont là des manœuvres acceptées par tous les chirurgiens, trop rationnelles, je pense, pour être discutées.

Ballonnement rectal. — Il en est tout autrement du ballonnement rectal ; salué, lors de son apparition, comme un perfectionnement considérable de la taille, le ballonnement tend de plus en plus à être abandonné : il a de nombreux inconvénients : le chirurgien ne saurait mettre le ballon en place sans se contaminer les mains; il doit donc le confier à un aide spécial ; le ballon peut, sinon déchirer, du moins fissurer le rectum ; il provoque toujours, au moment de sa distension, une poussée abdominale avec effort, qui refoule l'intestin en bas, provoque des contractions violentes de la vessie qui gênent sa distension ou exposent à sa rupture : la vessie une fois ouverte il empêche de bien voir la cavité, gêne les manœuvres intra-vésicales et en appliquant intimement sur la vessie le rectum, expose à la blessure de ce dernier dans le cas où il faut faire une exérèse large du muscle vésical.

En face de ces inconvénients, le ballonne-

ment rectal ne présente que des avantages illusoires. Placé comme il doit l'être dans la deuxième portion du rectum, le ballon a pour but de soulever la vessie et le cul-de-sac péritonéal : or, je l'ai montré dans ma thèse (voyez Paul Delbet, *Thèse de Paris* 1895), la réplétion de la vessie à 300 grammes soulève le cul-de-sac péritonéal à 2 centimètres du bord supérieur du pubis : le ballonnement rectal porte cette distance à 4 centimètres ; le décollement et le refoulement du cul-de-sac péritonéal à 6 et même 9 centimètres. Ainsi, sur un total de 9 centimètres, le ballonnement rectal n'intervient que pour 2 centimètres, c'est-à-dire pour une quantité insignifiante, que le moindre écarteur placé dans l'angle supérieur de la plaie vésicale permet de récupérer aisément. Mais ce n'est pas tout. Placé non pas derrière comme on le croyait antrefois, mais comme je l'ai démontré dans ma thèse, audessous de la vessie, le ballon, au moment de sa réplétion, soulève en bloc le col, la gaine allantoïdienne, l'aponévrose nubilico-vésicale, la vessie et le péritoine (M. Paul Delbet, *Thèse de Paris*, 1895, p. 201), il détruit ainsi le parrallélisme des plans viscéraux et pariétaux : en soulevant la vessie et ses annexes, il présente au bistouri du chirurgien agissant dans la région sous-pubienne, une région vésicale qui normalement est derrière le pubis ; il s'ensuit qu'avec le ballon, l'incision vésicale commence trop bas, trop près du col, dans une région qui, l'opération finie, le ballon retiré, redescendra derrière le pubis et pourra devenir la cause d'une infiltration dans l'espace prévésical, infiltration qui, si modérée qu'on la suppose, est toujours une chose fâcheuse, puisqu'elle empêche la réunion *per priman*.

Ainsi d'accord avec la majorité des urologues, je considère le ballonnement rectal comme une manœuvre surannée que l'on doit abandonner définitivement.

Position de Trendelenburg : bien que recommandée déjà par Rousset et par Morand, la position déclive porte le nom de Trendelenburg, qui l'a vulgarisée. Pratiquée au début de l'opération, avant l'ouverture de la vessie, la position de Trendelenburg est passible de maints reproches : elle vide le cul-de-sac péritonéal et le rend moins facile à repérer, puis comme le ballon de Petersen, bien qu'agissant en sens inverse, elle détache vessie et annexes du pubis, en les attirant en arrière et en haut : elle ouvre par suite l'espace prévésical, dont il faut éviter la déhiscence, elle invite à porter le bistouri sur des régions basses de la vessie. A mon avis, l'attitude à donner au patient qui va subir la taille est celle qui a été conseillée par Rosset, c'est une inclinaison du tronc d'environ 15° à 20°. Dans cette position, la paroi abdominale est horizontale : les intestins n'ont pas tendance à descendre dans le champ opératoire ; les rapports anatomiques sont conservés. C'est seulement quand la vessie a été ouverte qu'il peut être utile d'exagérer le déclive : la vessie ouverte, l'aspiration exercée par les intestins tombant en arrière s'exerce sur la paroi postérieure seule de la vessie et fait bâiller largement l'organe; ces deux attitudes successives exigent pour être facilement réalisées une table à inclinaison variable, régulièrement progressive mais c'est là un accessoire que possèdent les chirurgiens suffisamment outillés : la position seconde ne comporte pas d'ailleurs une inclinaison trop considérable ; en inclinant modérément le malade, on évite d'amener en avant l'auvent pubien, et de mettre dans l'ombre la région du col, la plus intéressante au point de vue chirurgical.

La *réplétion vésicale* est la manœuvre dont l'utilité est aujourd'hui la plus discutée. On connait ses avantages : elle gonfle et tend le muscle vésical de telle sorte que la paroi abdominale incisée, la vessie apparait comme un globe lisse, nettement distinct des parties avoisinantes : elle met en tension et par suite allonge la paroi antérieure de la vessie, ainsi que la couche qui la recouvre, aponévrose nubilico-vésicale et gaine allantoïdienne, si bien que le fond du cul péritonéal prévésical s'élève au-dessus du pubis, et qu'en incisant immédiatement au-dessus de la symphyse on est certain de ne pas blesser le péritoine.

On lui fait divers reproches, c'est d'abord d'exiger un aide et une instrumentation spéciale comme le ballonnement rectal, c'est ensuite d'exposer à la rupture de la vessie, de soulever le cul-de-sac péritonéal d'une manière insignifiante ; enfin de provoquer, au moment de l'incision de la vessie, l'irruption sur la plaie d'un liquide toujours plus ou moins septique. On objecte enfin que la manœuvre est loin d'être indispensable. Quand on opère, le malade horizontal et la vessie vide, on sait que la paroi une fois incisée, le bistouri rencontre l'aponévrose nubilico-vésicale puis la gaine allantoïdienne et derrière ces formations : le péritoine en haut, la vessie en bas. Le point où la vessie cesse de s'insinuer entre la paroi et le péritoine répondrait approximativement au bord supérieur de la symphise, ce point serait nettement marqué par une ligne cellulense courbe à concavité inférieure répondant au point d'insertion, de l'aponévrose nubilico-vésicale sur le péritoine. Cette ligne marquerait d'ailleurs un point faible, si bien que, en promenant le doigt de bas en haut, derrière le pubis, et en accrochant le tissu cellulaire rétro-pubien, il serait aisé de détacher et de ramener en haut automatiquement la séreuse péritonéale : cette manœuvre est facilitée par la position déclive de Trendelenburg qui détache vessie et annexes de la face postérieure du pubis. Le péritoine refoulé, rien n'est plus simple que de saisir la vessie avec deux pinces de Kocher. On peut enfin, en cas de doute, introduire une sonde métallique coudée par l'urèthre et repérer la paroi antérieure de la vessie.

Dans cette série d'arguments, ceux qu'on a élevés contre la distension de la vessie, me paraissent avoir plus de valeur que ceux que l'on a produits en faveur de la taille, vessie vide : oui, la réplétion exige aide et instruments spéciaux ; oui, la réplétion expose à la rupture, encore que celle-ci soit rare, puisque les auteurs en sont toujours réduits à citer les cas de Dittel, Monod et Guyon, contemporains de premières tailles, restés à peu près isolés malgré la multiplication extraordinaire des opérations ; oui, la réplétion provoque presque fatalement l'infection de l'espace prévésical par l'effusion du liquide intra-vésical sur la plaie hypogastrique ; mais la taille, vessie vide, est loin d'être aisée : quoi qu'en disent les auteurs, il est toujours difficile de voir le point exact où le péritoine quitte la paroi abdominale antérieure pour passer derrière la vessie ; la région est recouverte d'un cellulo-graisseux diffus qui masque les contours des organes. La manœuvre du refoulement de la graisse, vessie vide, est une manœuvre brutale qui crée une plaie contuse dans une région où la réunion primitive est déjà difficile à obtenir ; exécutée dans la position de Trendelenburg, elle crée un énorme décollement rétro-pubien : quant à l'artifice qui consiste à soulever la paroi antérieure de la vessie à l'aide d'une sonde introduite par l'urèthre. il est malheureux, inefficace et dangereux ; malheureux parce qu'il oblige le chirurgien à manipuler la verge et des sondes avec la certitude presque absolue de se contaminer les doigts : inefficace parce qu'une sonde introduite par l'urèthre, je m'en suis assuré maintes fois, ne peut être ramenée au contact de la paroi antérieure de la vessie que si elle possède une très grande courbure, et une portion intra-vésicale longue, dangereuse, parce que dans le cas où elle arrive à se mettre au contact de la paroi vésicale antérieure, elle soulève le péritoine aussi bien que la vessie et peut amener devant le bistouri l'organe qu'elle est censée protéger.

En revanche, les avantages de la distension vésicale demeurent réels et intangibles. La vessie distendue apparait, la paroi une fois sectionnée, comme une sphère bien régulière, résistante ; elle se voit et au besoin se sent ; la distension même l'applique à la paroi et forme exactement l'espace de Retzins ; enfin, si la distension élève peu le cul-de-sac, elle l'élève cependant assez pour que l'on puisse, en plongeant un bistouri immédiatement au-dessus de la symphyse, ouvrir la vessie sans risquer de blesser la séreuse.

Personnellement, j'estime donc que la taille hypogastrique avec distension vésicale est le procédé de choix, la taille avec vessie vide le procédé de nécessite, et que notre effort doit surtout se porter vers l'amélioration des procédés de distension vésicale : ce sont en effet les procédés anciens de distension et non la méthode qui sont défectueux.

Dans la manière ancienne, on procédait à la distension vésicale de la façon suivante : le malade endormi, le chirurgien introduisait par l'urèthre, une sonde métallique, serrait la verge sur la sonde à l'aide d'une ligature élastique, puis chassait avec force dans la vessie autant de liquide que celle-ci pouvait en contenir; avec cette manière de faire le chirurgien expose grandement ses mains aux contaminations ; de plus, la distension excessive provoque des contractions violentes de la paroi abdominale et de l'organe, la contraction abdominale chasse l'intestin vers la plaie et l'expose à être blessé, la contraction vésicale, alors surtout que la verge étant liée, le liquide ne peut s'échapper, est la cause directe de la rupture.

Après divers essais, je me suis arrêté à la technique suivante qui me parait garder les avantages de la distension en évitant ses principaux défauts.

Le malade amené sur la table d'opérations, je place une sonde-béquille en gomme N° 18 dans la vessie, je lave la vessie au nitrate, puis vide l'organe aussi exactement que possible. J'adapte alors au pavillon de la sonde l'extrémité de la soufflerie d'un thermo-cautère ; je procède ensuite à la désinfection des mains et de la paroi, tandis que l'on anesthésie le malade. J'incise la paroi, incline légèrement le sujet, et c'est seulement alors que je fais distendre la vessie en faisant manœuvrer la soufflerie du thermo-cautère par une infirmière.

Avec cette manière de faire, la complication instrumentale est nulle, car il n'y a pas de lieu où on ne trouve une sonde et une soufflerie de thermo-cautère et la soufflerie peut être manœuvrée par une personne quelconque; les mains ne peuvent être contaminées puisque le chirurgien ne touche rien après la désinfection, l'anesthésie n'est pas troublée et le malade ne pousse pas parce que la distension est faite pendant un temps infiniment court ; la rupture de la vessie ne peut se produire, l'air en excès s'échappant entre la sonde et la paroi uréthrale, l'espace prévésical n'est pas souillé, car la vessie ouverte, il n'en sort que de l'air, air qui s'est débarrassé de ses germes en passant dans une canalisation étroite à parois humides : enfin, on opère aisément et à coup sûr, la vessie se développant sous les yeux de l'opérateur et venant se présenter d'elle-même au bistouri.

La taille, vessie vide, est une nécessité dans les cas de fistule vésico-vaginale, de rétrécissement infranchi de l'urèthre, de taille pour cathétérisme rétrograde ; on ne peut alors se baser, pour ouvrir la vessie, que sur les repères anatomiques : ils sont connus, il n'y a pas lieu de les rappeler : je veux cependant insister sur un point qui n'a pas, que je sache, été signalé. L'anatomie nous apprend que la vessie vide vient généralement affleurer par son sommet, le bord supérieur de la symphyse. En incisant cou-

che par couche d'avant en arrière, on est donc exposé à passer au-dessus d'elle. Mais il y a un organe qui, même dans les cas de vessie peu développée, se trouve toujours dans l'air opératoire, c'est l'ouraque ; pour ma part, je cherche toujours dans la taille, vessie vide, à repérer ce cordon : cela m'évite de descendre derrière le pubis et d'amorcer un décollement de la cavité de Retzius ; l'ouraque une fois découvert et saisi avec une pince, il est aisé de soulever la paroi antérieure de la vessie et de l'inciser en bonne place.

Incision de la paroi. — Refoulement du cul-de-sac péritonéal. — La technique de l'incision de la paroi ne mérite pas de nous arrêter : il n'en est pas de même du refoulement du cul-de-sac péritonéal. On sait que le refoulement du cul-de-sac est une manœuvre due au professeur Guyon : elle consiste, la paroi abdominale une fois incisée et la vessie mise en tension, à appliquer la pulpe de l'index sur la face antérieure de la vessie et à chasser en haut, en appuyant sur la vessie, la graisse et les tissus prévésicaux. Cette manœuvre a pour résultat de dénuder nettement le muscle vésical, de rompre la partie de l'aponévrose ombilico-vésicale qui relie le péritoine au périnée et par suite de refouler loin du pubis le cul-de-sac péritonéal. Elle est d'une incontestable utilité. Le cul-de-sac péritonéal descend à l'état normal à 2 centimètres du pubis ; après le refoulement il s'écarte du pubis d'une distance de 6 à 7 centimètres. Cependant tel qu'il est exécuté par le procédé classique, le refoulement est passible de divers reproches : il exige l'emploi d'une certaine force, force qui refoule la vessie en arrière et ouvre largement la cavité de Retzius, il provoque ensuite une dénudation très étendue dans le sens transversal de la paroi antérieure de la vessie. Personnellement, j'ai modifié la manœuvre du décollement de la manière suivante : la paroi abdominale incisée et la vessie distendue, je fais saisir la graisse prévésicale à droite et à gauche de la ligne médiane avec deux pinces de Kocher, je fais tirer cette graisse en avant et entre ces deux pinces pratique le refoulement à l'aide de la sonde cannelée ; j'évite en soutenant les tissus prévésicaux avec des signes, d'ouvrir les espaces celluleux rétropubiens ; et en me servant de la sonde cannelée, je crée entre l'extérieur et la vessie une plaie étroite garnie de berges s'étendant sans discontinuité de la paroi abdominale à la cavité vésicale.

Incision de la vessie. Manœuvre préventive contre l'infiltration post-opératoire. — L'incision de la vessie ne m'arrêtera guère plus que l'incision de la paroi, il est cependant utile de savoir que, avec une vessie distendue par l'axe, la ponction de l'organe est suivie d'un affaissement presque immédiat du viscère, celui-ci descend à peine ouvert, derrière le pubis et il est quelquefois malaisé de retrouver l'ouverture. Il est donc bon de procéder de la manière suivante : la vessie mise à nu, présenter immédiatement au-dessus du pubis la pointe du bistouri tenu perpendiculairement de la main gauche, le petit axe de la lame bien parallèle à la ligne médiane ; tenir de la main droite une pince de Kocher, enfoncer d'un coup sec la pointe du bistouri dans la vessie et saisir aussitôt avec la pince de Kocher la lèvre proximale de l'incision vésicale.

La manœuvre suivante me paraît avoir plus d'importance, car seule elle permet d'éviter presque à coup sûr l'infection et la suppuration de l'espace prévésical : c'est la suture circonférentielle de la paroi vésicale à la peau.

Dans la taille classique, la vessie une fois ouverte, on procède aux diverses manœuvres intra-vésicales nécessitées par la maladie qui a commandé la taille ; ces manœuvres mobilisent toujours plus ou moins la vessie. De plus, je l'ai dit au début de cette communication, le contenu et la surface muqueuse de la vessie sont toujours plus ou moins septiques ; les écarteurs, les valves, les pinces, les doigts introduits dans la vessie puis retirés ramènent les substances septiques au contact des parties incisées, les mouvements les diffusent dans les diverses couches. Avec ma manière de procéder, cette infection ne peut se produire. La vessie une fois ponctionnée et les deux lèvres de l'incision saisies avec deux pinces de Kocher, je prolonge l'incision vésicale dans l'étendue nécessaire, étendue variable suivant la maladie causale ; puis m'abstenant de toute manœuvre intra-vésicale, je suture circonférentiellement les bords de la plaie vésicale à la peau de l'abdomen ; si la plaie intéressée est trop grande, je ferme également ses extrémités au crin. Je crée ainsi entre la peau et la vessie un canal cutanéo-muqueux à travers lequel je puis exécuter toutes les manœuvres intra-vésicales. Depuis dix-huit mois que j'emploie systématiquement cette manœuvre, le pronostic éloigné ou immédiat des tailles s'est considérablement amélioré : la suppuration est presque toujours évitée, et quand elle se produit, elle est réduite à quelques gouttes insignifiantes, la convalescence est excessivement courte, et c'est surtout dans la taille pour prostatectomie que ce résultat est remarquable. La plupart de mes opérés sont guéris en vingt-cinq jours.

Drainage et suture de la vessie. — Les manœuvres intra-vésicales terminées, deux cas peuvent se présenter : ou bien il est indiqué de laisser la vessie ouverte, ou bien on peut tenter la suture totale de la vessie.

Dans le premier cas, drainage de la vessie, j'ai obtenu dans les prostatectomies de si bons résultats du drainage de Freyer que j'ai étendu la méthode à toutes les tailles : tailles pour cystite, calculs ou tumeurs. Le drainage de Freyer est, en effet, large, exact, et permet de surveiller exactement l'intérieur de la vessie.

Dans les tailles pour prostatectomie, il est aisé, avec un peu d'habitude, de donner à l'incision vésicale les dimensions convenables pour s'adapter exactement au drain de Freyer. Avec mon procédé de suture circonférentielle de la vessie à la peau, je n'ai donc, l'opération terminée, qu'à placer le drain verticalement dans la plaie vésicale : avec la fixation de la vessie à la peau, il se forme du tégument : à la cavité vésicale, un canal de 2 centimètres de haut que la contraction des muscles applique très exactement sur les parois du tube, et le drainage est parfaitement étanche. C'est par cet artifice, et non par le port de ceinture et de protecteurs plus ou moins compliqués qu'on évite aux malades d'être constamment souillés par l'urine.

Dans les tailles pour tumeurs et dans toutes les tailles ayant nécessité une ouverture large de la vessie, je commence, avant de placer le drain, par enlever les points de suture fixant la partie haute de la plaie vésicale à la peau. Je réduis, par une suture appropriée, la plaie vésicale et la plaie pariétale aux dimensions d'une plaie de prostatectomie, je reconstitue ma suture circonférentielle de vessie à la peau et place mon drain comme dans le cas précédent.

Le drainage est maintenu le temps nécessaire : douze à quinze jours en moyenne. Au moment où je retire le drain, j'ai une région parfaitement aseptique, mais partout tapissée par de la peau ou de la muqueuse. Pour obtenir la fermeture de la vessie et de la paroi, je badigeonne la région à la cocaïne, et, sur le couvert de cette anesthésie locale, j'enlève les points de suture, s'ils existent encore, pour décoller avec une sonde cannelée aseptique les lèvres vésicales des lèvres cutanées. Je puis alors suturer la vessie, le plus souvent un bandage de corps serré suffit à accoler les surfaces cruentées et à provoquer une cicatrisation rapide des parties.

Quand la fermeture immédiate de la vessie est possible, j'enlève, à la fin de l'opération, les crins qui fixent la vessie à la paroi et je procède à la suture totale de la vessie.

Je rappelle que j'ai publié, il y a plusieurs années, le procédé que j'emploie (Paul Delbet, *Annales génito-urinaires*, 1900, et *Gazette des Hôpitaux*, 1900). Ce procédé consiste à décoller la muqueuse vésicale, puis à rapprocher, par un surjet au catgut, les deux faces de la plaie musculaire de la vessie. Les lèvres musculaires étant ainsi rapprochées, les lèvres de la muqueuse s'adossent en formant une crête à sommet vésical, plus la vessie se distend, plus les faces cruentées de la muqueuse s'adossent exactement : la suture est absolument hermétique et donne des résultats plus constants que le simple adossement par surjet décrit par les classiques.

Ainsi conduite, la taille hypogastrique reste une opération bénigne et sûre : elle a, de plus, l'avantage d'évoluer comme une opération complètement aseptique et d'être plus conforme aux principes de la chirurgie actuelle.

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

Le diagnostic précoce du cancer de l'utérus, par le Docteur Armand Siredey, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine (*Bull. Méd.*)

L'intéressante communication, récemment faite à l'Académie de médecine par le Dr Jacques Bertillon (1), vient d'appeler l'attention sur la fréquence croissante des affections cancéreuses à notre époque. Pareille constatation a déjà été faite, depuis quelques années, en Allemagne, en Angleterre, en Amérique, et elle préoccupe justement les médecins de tous les pays.

Les recherches, depuis longtemps poursuivies sur la genèse du cancer, ne nous ont apporté jusqu'ici que des notions bien vagues sur son origine réelle et sur sa pathogénie; il serait difficile d'en tirer des conclusions de quelque valeur pour la prophylaxie de cette maladie.

Aussi doit-on dire que seule une *intervention chirurgicale précoce* est encore, à l'heure actuelle, l'élément le plus efficace de la lutte entreprise contre cette redoutable affection. Or, pour qu'elle ait toute sa valeur, il est absolument nécessaire qu'elle soit pratiquée de bonne heure, alors que le néoplasme n'a pas encore envahi le tissu cellulaire péri-utérin et les ganglions lymphatiques du bassin.

D'après les statistiques de M. J. Bertillon, le cancer des organes génitaux de la femme n'aurait pas suivi, du moins en France, une marche ascendante aussi inquiétante que celle des tumeurs malignes qui attaquent le tube digestif. Il n'en occupe pas moins une place prépondérante dans la morbidité cancéreuse, en raison de la fréquence qu'il présente depuis longtemps, et il offre un intérêt tout particulier, puisqu'il est plus accessible au bistouri du chirurgien, et de surveillance plus facile que la plupart des cancers viscéraux. Il faut reconnaître cependant que la chirurgie est loin d'avoir sur ce terrain tout le succès que mériteraient les progrès de sa technique et l'habileté des opérateurs, les malades venant presque toujours trop tard réclamer les soins qui leur sont nécessaires. Leur négligence, dit-on, résulte quelquefois du caractère latent de certaines affections cancéreuses, et un chirurgien transatlantique, s'inspirant de ce que l'on a fait de divers côtés pour combattre la tuberculose, n'a pas hésité à proposer de répandre, parmi la population féminine de son pays, de petites notes signalant les dangers de cette terrible maladie et les symptômes qui peuvent la

(1) Statistique du cancer (Acad. de méd. 21 mars 1911).

faire soupçonner. Il paraît même que cette propagande d'un nouveau genre a déjà été mise en pratique avec un certain succès.

En réalité, on a beaucoup exagéré la fréquence des *cancers latents* de l'appareil génital, mais ceux-ci ne se révèlent guère, au début, par les graves accidents que leur prêtent l'imagination des malades et celle de beaucoup de médecins. Les unes, comme les autres, ont gardé le souvenir impressionnant de ces pauvres femmes qui, arrivées à une période avancée de leur mal, sont tourmentées, jour et nuit, par d'intolérables douleurs, ont des pertes d'une fétidité repoussante et dont le visage, émacié, blême, exsangue, présente déjà le masque de la mort. L'idée de douleur, de cachexie est si naturellement liée à celle de cancer que nombre de femmes nerveuses amaigries, qui souffrent de leurs annexes ou de leur appendice, se croient atteintes d'une affection cancéreuse.

Le cancer utérin est loin d'avoir un début aussi dramatique, et c'est justement l'apparence insignifiante de ses premiers symptômes qui trompe tout le monde en entretenant un optimisme des plus dangereux, dont les plus consciencieux de nos confrères se font trop facilement des complices.

Il faut bien convenir d'ailleurs, que la plupart des ouvrages classiques, publiés en France et à l'étranger, ont contribué à entretenir cette erreur en plaçant côte à côte les trois symptômes cardinaux du cancer utérin : *hémorragies, leucorrhée fétide, douleurs*, comme s'ils avaient la même importance au point de vue du diagnostic. Il n'en est rien, et l'on ne doit jamais attendre que cette triade symptomatique soit au complet si l'on veut faire œuvre de prophylaxie véritable en pareille circonstance.

Les *douleurs* font complètement défaut au début du cancer utérin. Si elles surviennent avant qu'il ait atteint son complet développement, elles présentent le caractère banal que l'on observe dans les métrites, dans la congestion utérine; elles rappellent le syndrome menstruel légèrement accru; localisées à la région lombaire, elles irradient vers le bassin et les membres inférieurs sans aucune particularité importante; en réalité, elles relèvent, le plus souvent, de la métrite concomitante.

Les douleurs ne revêtent que beaucoup plus tard le caractère angoissant, pénible, qui appartient en propre au cancer, lorsque les lésions, dépassant le parenchyme utérin, ont envahi le tissu cellulaire du bassin, les culs-de-sac vaginaux et péritonéaux, et atteignent les nerfs du bassin donnant lieu à des névralgies pelviennes, à des sciatiques rebelles, à des névralgies crurales d'une acuité et d'une persistance extrêmement pénibles. De plus, l'envahissement de l'isthme amène parfois la stagnation, dans la cavité utérine, d'écoulements sanguins ou de sécrétions qui provoquent des contractions douloureuses, et c'est pour cette raison peut-être que la douleur est moins tardive dans les cancers primitifs du corps utérin. Quoi qu'il en soit, on ne saurait la considérer comme un véritable *élément de diagnostic;* elle est plutôt l'indice de l'extension du mal, de son aggravation.

Plus précoce, la *leucorrhée* garde longtemps son caractère banal, dépourvu de toute signification.

Dans les néoplasmes du col, l'irritation qui se produit au voisinage de la tumeur excite les sécrétions glandulaires, mais celles-ci ne présentent rien d'anormal; ce n'est que peu à peu, à mesure que s'accentuent les altérations des tissus, qu'elles prennent quelquefois le type sanguinolent. Plus tard, lorsque les éléments de nouvelle formation se détruisent, s'ulcèrent, l'écoulement devient fétide et exhale une odeur de plus en plus accentuée, en même temps qu'il augmente d'abondance. Dans les formes avancées, il est mélangé de débris sphacélés et constitue la *sanie ichoreuse* dont les émanations décèlent à distance le cancer utérin. Mais, dans la plupart des cas, lorsque l'on observe ces écoulements caractéristiques, les lésions sont trop étendues et trop profondes pour que la chirurgie puisse être de quelque secours.

Dans le cancer du corps utérin, la leucorrhée, dès l'origine, est plus abondante que dans les néoplasmes du col. Elle est constituée par un écoulement fluide, très peu visqueux, le plus souvent rosé, d'apparence rouillée parce qu'il est mélangé de sang. Sans odeur au début, ce liquide exhale bientôt une odeur fade, puis légèrement fétide, mais ce n'est que beaucoup plus tard que l'écoulement devient ichoreux. Aussi, pour le cancer du corps comme pour celui du col utérin, la fétidité de la leucorrhée constitue-t-elle un symptôme tardif sur lequel on ne saurait compter pour faire le diagnostic précoce de cette affection.

Au contraire, l'existence d'un écoulement très odorant chez les femmes qui ne présentent aucune lésion importante du col ou du corps utérin, est plutôt en rapport avec certaines métrites banales, plus fréquentes chez les vieilles femmes, mais que l'on observe aussi quelquefois à un âge peu avancé, et même chez des fillettes. Ce phénomène est dû à la présence d'anaérobies que l'on rencontre assez souvent dans les voies génitales (Veillon, J. Hallé). Il n'en résulte d'ailleurs pour les malades aucune conséquence grave.

On ne saurait trop répéter que de tous les désordres survenant dans l'appareil génital, ce sont les *hémorragies* qui méritent surtout d'attirer l'attention des malades et des médecins. On les rencontre, sous des aspects divers, à l'origine de toutes les tumeurs malignes de l'utérus; dans l'immense majorité des cas, ce sont elles qui donnent l'alarme et, pendant longtemps, elles en constituent le seul symptôme appréciable. Trop souvent, leur persistance indéfinie, en rapport avec l'évolution lente de la maladie, contribue encore à égarer le diagnostic, car elle fait oublier les préoccupations du début. A mesure que le temps s'écoule, on s'habitue à considérer comme inoffensifs ces écoulements sanguins qui pendant une si longue période, ne s'accompagnent d'aucun trouble de la santé générale, d'aucune lésion locale appréciable.

Toutes les tumeurs malignes de l'utérus, épithéliomes, carcinomes, sarcomes, déciduomes, etc., offrent ce caractère commun d'être très friables et de provoquer autour d'elles une vascularisation extrêmement intense. La moindre excoriation, le plus léger traumatisme, donnent lieu presque aussitôt à un écoulement sanguin; celui-ci peut même se montrer en quelque sorte spontanément, si la marche ou les changements d'attitude du corps ont provoqué un froissement même très minime des éléments de nouvelle formation. L'écoulement du sang se produit d'ailleurs de façon très variable suivant les cas.

S'agit-il d'un épithéliome pavimenteux de la portion vaginale du col ? Les lésions initiales, siégeant au pourtour de l'orifice, sont surtout influencées par des chocs directs : c'est à la suite du coït, de l'introduction un peu brusque d'un spéculum, d'une canule rigide, ou à la suite d'un toucher médical, que le col saignera. La perte de sang est à la fois brusque et de courte durée; le repos la fera disparaître promptement, puis elle reviendra, sous l'influence des mêmes causes ou de circonstances analogues.

Est-on en présence d'un épithéliome cylindrique intracervical ? L'influence des traumatismes sera moins évidente, et l'écoulement de sang aura des allures plus capricieuses; il se produira néanmoins à diverses reprises, dans l'intervalle des règles, mais surtout dans leur voisinage immédiat, s'accompagnant de leucorrhée abondante à laquelle il se mélange parfois pour constituer un écoulement muco-sanguinolent.

Dans un cas comme dans l'autre, il n'est pas rare de voir la menstruation augmenter d'abondance et de durée, mais elle prend exceptionnellement le caractère hémorragique qui est presque constant au cours des fibromyomes.

Des accidents de ce genre passent rarement inaperçus des malades: elles s'en préoccupent presque toujours et les signalent à leur médecin, mais celui-ci, ne constatant aucune lésion importante, est heureux de les rassurer, et il n'y réussit que trop.

A cette époque, en effet, le col ne présente que des modifications rudimentaires, qui peuvent échapper à un observateur expérimenté. Presque toujours les renseignements fournis par le toucher devancent ceux que l'on peut attendre de l'examen au spéculum. Rien n'est changé dans la forme, dans le volume de l'utérus; il a conservé sa mobilité, les culs-de-sac sont souples. En passant le doigt sur l'une des lèvres, près de l'orifice, on perçoit une très légère saillie, de consistance plus dure que les parties voisines. Si l'on revient à plusieurs reprises sur ce point, on distingue plus nettement cette induration, qui sera le principal élément du diagnostic. Le spéculum ne révèlera le plus souvent aucune particularité; du moins ne fera-t-il constater aucune de ces saillies coniques, acuminées, que constituent les petits kystes glandulaires (œufs de Naboth), avant que, rapprochés de la surface, ils deviennent blanchâtres et bientôt transparents. Ce nodule, infiltré dans l'épaisseur de la lèvre, sans limites précises, qui coïncide avec des pertes de sang intermittentes, d'origine traumatique, doit être surveillé très attentivement. Quand l'attention est attirée sur lui, il est facile de constater, quinze ou vingt jours plus tard, que l'induration non seulement persiste au même point, mais qu'elle s'étend légèrement, et au bout de peu de temps le spéculum montrera à ce niveau une coloration d'un rouge plus vif, qui tranchera sur le reste de la muqueuse. Si l'on gratte doucement la surface du nodule avec l'ongle, on provoquera un suintement de sang dont la signification ne saurait être méconnue. Même réduite aux plus faibles dimensions, une lésion de ce genre doit toujours préoccuper le médecin, quel que soit l'âge de la malade.

L'épithéliome lobulé ou tubulé du col, bien qu'il ait son maximum de fréquence entre quarante et cinquante ans, se rencontre assez souvent de trente à quarante, et, même plus rarement, de vingt à trente ans. J'ai pu en observer trois cas au-dessous de vingt-cinq ans (ving-quatre, vingt-deux et dix-huit ans!). On ne doit pas oublier que ces lésions, au début, n'entraînent aucun trouble de la santé générale; elles se rencontrent quelquefois chez des femmes offrant toutes les apparences d'une magnifique et plantureuse santé. Pour un observateur exercé, les caractères cliniques prennent déjà une signification assez concluante, une induration limitée de ce genre ne ressemble guère aux altérations de la métrite chronique, généralement plus diffuses, qui caractérisent le plus souvent, par une sclérose du col avec petits kystes folliculaires plus ou moins nombreux, disséminés dans toute son étendue. Contrairement à ce que l'on pourrait supposer, les kystes glandulaires, avec la zone inflammatoire qui les entoure, sont plus sensibles que le nodule cancéreux.

Les choses ne restent, d'ailleurs, pas longtemps en cet état : l'induration s'étale, gagne en profondeur; les modifications de la mu-

queuse qui la recouvre s'accentuent; celle-ci devient plus rouge, s'excorie, laissant à découvert une surface irrégulière, bourgeonnante, saignante. Tantôt elle se déprime en godet, se creuse en entonnoir limité par des bords saillants, de consistance presque ligneuse et dont l'induration envahit peu à peu les tissus voisins; tantôt elle se recouvre de saillies végétantes, comparables à des papilles, qui prolifèrent, et constituent bientôt des productions en forme de chou-fleur.

Mais quand le néoplasme a pris un tel développement, il s'est étendu dans tous les sens, s'infiltrant dans l'épaisseur du col, qu'il ne tarde pas à dépasser, pour envahir le tissu cellulaire péri-utérin, les culs-de-sac vaginaux; il immobilise l'utérus et rend bientôt toute intervention impossible. Aussi ne doit-on jamais attendre que les lésions aient pris une telle extension, pour en reconnaître la nature exacte. Dès que l'on a constaté l'induration du début et reconnu son caractère suspect, il faut recourir à la *biopsie*. Au moyen d'un bistouri ou d'une pince emporte-pièce spéciale (J.-L. Faure), on enlève un fragment des tissus incriminés et on en fait une minutieuse étude histologique. La constatation de cônes épithéliaux en voie de prolifération, la présence de globes épidermiques dans leur épaisseur, doivent conduire à une prompte exérèse, pratiquée largement.

Lorsqu'il s'agit d'un épithéliome intra-cervical, les sensations fournies par le toucher sont encore moins nettes au début. Le doigt sera le plus souvent trompé par l'apparence normale du col au voisinage de son orifice. C'est plus profondément, près de l'insertion vaginale, que l'on sentira une tuméfaction plus ou moins indurée, unique, étendue dans la largeur du col plutôt que dans sa longueur. Sa présence, dans une région où l'on ne rencontre guère les œufs de Naboth, aura déjà quelque valeur. On sait, d'ailleurs, que ceux-ci sont presque toujours multiples, disséminés en divers points du col, et qu'ils ont une forme accuminée très différente de celle que revêt bientôt la plaque d'épithéliome.

Les résultats de l'examen au spéculum sont presque toujours négatifs. Ce n'est que plus tard, quand la tumeur aura légèrement grossi, que l'on constatera un entrebaillement du col, avec tuméfaction et saillie de la muqueuse. Cette saillie sera facile à distinguer de celle d'un polype muqueux, reconnaissable à sa mollesse, à son esprit franchement pédiculé et à son indépendance relative de la muqueuse, en dehors du point d'attache de son pédicule.

C'est tout particulièrement pour ces épithéliomes intra-cervicaux que la biopsie sera indispensable, la disposition des lésions ne permettant pas de les constater directement par la vue, et les sensations perçues par le doigt à travers l'épaisseur de la paroi musculaire du col n'ayant pas toujours une netteté suffisante.

Les sarcomes du col s'annoncent également par des hémorragies en général plus abondantes, qui tantôt se confondent avec la menstruation, tantôt apparaissent dans les espaces inter-menstruels. Le développement rapide de la tumeur provoque bientôt l'entrebaillement du col, la tuméfaction en ectropion de la muqueuse, et parfois l'apparition de masses racémeuses qui sortent par l'orifice cervical et remplissent le fond du vagin; le diagnostic en est alors facile.

Il est une lésion qui, à première vue, offre une grande ressemblance avec l'épithéliome cylindrique : c'est la tuberculose du col, qui donne lieu parfois à des productions papillaires, saignantes, que leur mollesse seule permettrait de distinguer d'une prolifération épithéliale. Dans la tuberculose, d'ailleurs, les altérations sont moins homogènes; à côté de saillies végétantes, on constate des ulcérations aux bords irréguliers et remarquablement mous. Ce n'est que d'une façon exceptionnelle que l'on peut reconnaître des grains jaunâtres formés par des agglomérations de tubercules.

Le cancer du corps utérin appartient surtout à la période de la ménopause ou aux années qui la suivent. On l'a observé exceptionnellement entre trente et quarante ans. Mais c'est vers l'âge de cinquante ans ou au-dessus qu'il a sa plus grande fréquence. Il est encore plus souvent méconnu que les néoplasmes du col, parce que son évolution est plus lente: les symptômes auxquels il donne lieu paraissent d'ailleurs, souvent en désaccord avec ceux que l'on assigne habituellement au cancer utérin.

Ici, ce sont encore les *hémorragies* qui dominent, mais quelquefois sous une forme si discrète qu'elles passent inaperçues.

Les femmes, sans éprouver la moindre douleur, le plus léger trouble de la santé générale, remarquent chaque soir sur leur chemise une petite tache arrondie, régulière, de la dimension d'une pièce de 2 francs. Rouillée en son milieu, ou simplement rosée, cette tâche est plus pâle vers la périphérie; elle se renouvelle chaque jour, quelle que soit la précaution que l'on prenne pour l'éviter.

Elle diminue, sans disparaître complètement, sous l'influence du repos; elle augmente à propos d'une fatigue, telle que celle qui résulte d'une marche prolongée, d'une longue course en voiture, ou d'efforts inaccoutumés. C'est en vain que l'on aura recours à des injections variées, astringentes, émollientes, antiseptiques, à des pansements vaginaux, à des attouchements de teinture d'iode ou de nitrate d'argent, sur le col ou dans sa cavité: la tache revient toujours.

De temps à autre, elle se complique d'hémorragies, toujours soudaines, plus ou moins abondantes, se reproduisant à des intervalles variables, et le plus souvent sous l'influence des causes qui viennent d'être rappelées: elles sont rarement prolongées.

Or, l'examen le plus minutieux du col et de l'abdomen ne révèle aucun indice d'une altération grave de l'utérus. Son volume, sa forme, ne sont nullement modifiés; il est mobile, les culs-de-sac sont souples, et nulle part le palper ne provoque une douleur ou une sensation anormale digne d'attirer l'attention.

Cette situation se prolonge durant des semaines, des mois, sans présenter de modifications notables. On l'observe quelquefois pendant quinze ou dix-huit mois, sans l'adjonction d'un symptôme nouveau: malades et médecins en prennent d'autant plus volontiers leur parti que la santé générale demeure excellente.

L'utérus est-il fortement fléchi en avant ou en arrière, le suintement sera moins continu; il prendra un caractère intermittent, rythmé, quelquefois, avec une régularité remarquable; lorsqu'il se produit il est un peu plus abondant et s'accompagne de quelques coliques; on se rend compte facilement que le liquide s'accumule dans la cavité de l'utérus, la distend, et ne s'écoule que lorsque celui-ci se contracte pour le chasser, donnant lieu à quelques douleurs. Son odeur est plus prononcée que lorsqu'il existe un écoulement permanent.

Avec le temps, le suintement sanguin augmente peu à peu: les hémorragies deviennent plus fréquentes et plus abondantes, en même temps que le *corps utérin augmente manifestement de volume*. Ce caractère apparaît d'autant plus nettement qu'on examine les malades à des intervalles plus éloignés. On constate, en palpant avec soin l'utérus, que ses dimensions s'accroissent et qu'il prend une forme globuleuse. Il n'est pas rare, dans ces conditions, qu'il soit le siège de contractions douloureuses ou d'une certaine sensibilité à la pression, même en l'absence de toute déformation et de toute rétention de liquide dans sa cavité.

Dans quelques cas, les hémorragies sont plus fréquentes; elles ont été observées dès le début, laissant dans leur intervalle un suintement persistant.

Quand ces divers accidents s'observent avant la ménopause ou dans les mois qui la suivent, on est tenté de les rattacher aux troubles menstruels d'ordre banal que l'on rencontre souvent dans ces conditions, car nombre de femmes, en dehors de tout état pathologique important, présentent des irrégularités menstruelles et parfois une recrudescence d'écoulements anciens. Mais on ne devra jamais perdre de vue *la persistance du suintement sanguin inter-menstruel*, et *l'accroissement du volume de l'utérus* au lieu de la régression physiologique que l'on constate à la ménopause.

L'apparition de ces désordres plusieurs mois, et surtout plusieurs années après la suppression des règles, aura une signification encore plus décisive; on devra tenir pour suspects tout écoulement de sang, tout suintement sanguinolent permanent qui se produiront dans ces conditions.

On ne peut pas compter ici sur les modifications du col pour fixer le diagnostic; ce n'est qu'à la longue, à une époque avancée, quand les lésions ont progressé et envahi la presque totalité de l'organe, que l'orifice cervical devient béant et qu'on peut percevoir dans sa cavité des bourgeonnements de mauvaise apparence. Pendant une longue période de l'évolution de la maladie, le col conserve ses caractères normaux, et seule l'augmentation de volume du corps utérin serait de nature à donner l'éveil.

Durant toute cette première phase, le diagnostic doit être fait avec la métrite sénile et avec le fibromyome de l'utérus.

Lorsque la métrite sénile n'est que la recrudescence d'une métrite antérieure, elle présente des caractères assez tranchés pour que l'erreur soit facilement évitable : les commémoratifs établissant l'existence d'une métrite antérieure, le catarrhe glaireux du col, sa dégénérescence scléro-kystique, l'induration diffuse du parenchyme utérin, la prédominance des lésions cervicales, ne permettent guère d'hésiter, et l'on ne saurait confondre l'hypersécrétion muqueuse du col enflammé avec le suintement sanguinolent, rouillé ou franchement sanguin, plus fluide, qui accompagne le cancer du corps utérin.

Si la métrite survient après la ménopause, elle donne lieu, quelquefois, *dès le début*, à un écoulement fétide, souvent compliqué d'hémorragies prolongées. La *fétidité précoce* des sécrétions utérines est plutôt contraire à l'idée du cancer, dont les écoulements ichoreux n'apparaissent que plus tard.

Les fibro-myomes débutent à un âge moins avancé. Pendant longtemps, ils évoluent sans donner lieu à d'autres accidents que des ménorragies, et si celles-ci laissent dans leur intervalle un suintement muco-sanguinolent, il est plus abondant que celui que présentent les affections cancéreuses à leur début. L'examen de l'utérus permettra de reconnaître, dès l'origine, l'augmentation de volume de l'organe, sa consistance ferme, les irrégularités, les bosselures qui existent à sa surface, et souvent les variations de volume que présentent les tumeurs avant et après les règles.

Dans le cancer, l'accroissement de corps utérin ne s'observe qu'à une période déjà avancée de la maladie, les hémorragies ne revêtent pas, en général, la forme ménorragique, et si, parfois, elles se confondent avec les règles, on les observe beaucoup plus fréquemment dans leur intervalle. Une autre cause d'erreur réside quelquefois dans la présence, à l'entrée du col, de minuscules polypes muqueux dans lesquels

on croit trouver l'explication des troubles fonctionnels que l'on constate; laissant de côté toute préoccupation sérieuse, on diffère les explorations qui pourraient avoir, en pareil cas, une importance décisive.

Il est une autre variété de cancer utérin qui présente, au point de vue du diagnostic, des difficultés spéciales, quelle que soit la forme anatomique à laquelle elle appartienne : c'est le *cancer qui vient compliquer des corps fibreux* ou *qui apparaît tardivement sur un gros utérus scléreux*.

G. Richelot a, le premier, signalé la prédisposition au cancer de ces gros utérus dont on discute encore la véritable nature. et que l'on peut considérer comme un élément de transition entre l'utérus normal et l'utérus fibromateux classique. Dans certains cas, ils renferment de petits myomes histologiques, tandis qu'ils présentent, dans d'autres cas, une dégénérescence fibro-myomateuse, en quelque sorte diffuse, sans nodules isolables, à leur surface comme dans leur épaisseur. Ces *utérus scléreux hypertrophiés* se comportent d'ailleurs comme ceux qui sont farcis de fibromes. Ils donnent lieu à des ménorragies profuses, prolongées, que suivent des pertes blanches abondantes, fluides, transparentes, où les sécrétions de la muqueuse du corps utérin se mêlent aux glaires cervicales.

Qu'il s'agisse donc de fibromes véritables ou de simple hypertrophie scléreuse de l'utérus, le début du cancer est extrêmement insidieux dans ces conditions. Il se révèle à peine par une légère exagération des symptômes habituels, c'est-à-dire par un accroissement modéré des *ménorragies* et de la *leucorrhée*. C'est alors que l'apparition de pertes de sang, en dehors du rythme ordinaire de la menstruation, acquiert une réelle importance. On observe tantôt une hémorragie soudaine au moment où l'écoulement menstruel arrivé vers son déclin ne présentait plus qu'une teinte rosée; tantôt le sang reparaît cinq ou six jours après la fin des règles, et bientôt l'hémorragie tend à prendre le type continu, sans rémission bien marquée, tout en conservant une recrudescence aux époques cataméniales. Ces hémorragies sont beaucoup plus significatives lorsqu'elles surviennent après la ménopause. On peut dire que la *réapparition du sang* quelques années après la cessation des règles, chez des femmes qui présentent ces *utérus fibromateux ou scléreux*, est l'indice presque certain d'une transformation sarcomateuse ou de l'invasion d'un cancer.

Avant comme après la ménopause, le début du cancer, dans ces utérus hyperplasiés, s'accompagne souvent de douleurs précoces, sans que la région de l'isthme et le tissu cellulaire pelvien soient forcément envahis. La présence d'un néoplasme dans la cavité utérine exagère sans doute les troubles déjà très marqués de la circulation locale, et peut-être provoque-t-elle des contractions douloureuses de l'organe. Aussi la coïncidence des *douleurs* avec les *hémorragies* doit-elle donner l'éveil et provoquer au moins l'exploration de la cavité utérine.

C'est, en effet, la conclusion qui s'impose *dans tous les cas suspects*, et si l'on y avait plus souvent recours, on pourrait prévenir plus d'une catastrophe. La dilatation de l'utérus, le curettage sont d'autant plus indispensables qu'ils constituent à la fois un précieux moyen d'investigation et un excellent procédé de traitement.

Il est malheureusement de règle, dans les conditions qui viennent d'être indiquées, de rencontrer un néoplasme en voie d'évolution. Le cadre de cet article ne permet pas d'envisager séparément toutes les variétés anatomiques que peuvent présenter les lésions, et de discuter en détail le diagnostic des diverses tumeurs malignes de l'utérus : épithéliomes lobulés ou tubulés, épithéliomes cylindriques, carcinomes, sarcomes, placentomes, etc. Ce qu'il importe de savoir, c'est que toutes ces affections, à quelques nuances près, offrent une symptomatologie à peu près commune, dans ses grandes lignes, et qu'elles réclament la même thérapeutique. La direction du traitement est subordonnée au diagnostic, et rien ne peut y conduire d'une manière plus certaine que l'*examen histologique des débris ramenés par la curette*. Le microscope permet ainsi de préciser les données de la clinique, au grand bénéfice des malades.

On insinue parfois que les histologistes eux-mêmes ne sont pas infaillibles et l'on oppose volontiers les diagnostics contradictoires fournis sur la même pièce, dont divers fragments ont été examinés dans des laboratoires différents. Cette objection ne saurait amoindrir la valeur de ces recherches. Il s'en faut qu'une tumeur présente en différents points un aspect parfaitement homogène, et les contradictions, auxquelles donnent lieu des interprétations discordantes, sont quelquefois plus apparentes que réelles. Il suffit, en tout cas, qu'un histologiste ait constaté des éléments *caractéristiques* ou *très suspects* pour légitimer une intervention, ou tout au moins une surveillance très attentive qui permettra de disputer une malade à une mort particulièrement horrible. Le danger du cancer est tel qu'il ne permet pas d'hésiter en pareille circonstance.

D'ailleurs, cette pratique systématique de la biopsie n'implique pas forcément à sa suite l'entrée en scène du chirurgien. Quoique les affections cancéreuses soient de beaucoup les plus fréquentes dans les conditions qui viennent d'être indiquées, il s'agit quelquefois, exceptionnellement, de lésions banales, n'offrant aucun danger réel. Le curettage, des pansements appropriés en ont promptement débarrassé les malades et il n'est pas indifférent d'en avoir acquis la preuve.

En résumé, si l'on veut lutter efficacement contre le cancer de l'utérus, il faut soumettre *tous les cas suspects au contrôle de la biopsie* qui permettra de faire le *diagnostic précoce des lésions* et de les attaquer en temps utile.

REVUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Les corps étrangers méconnus dans l'œil et ses annexes, par le Dr A. Terson, président de la Société d'ophtalmologie. (*Hôp. des accid. du trav.*)

Il n'est pas très rare que l'intromission d'un corps étranger intra-oculaire ou péri-oculaire soit ignorée du malade et passe inaperçue pour lui et même pour son médecin. Parfois, cependant, surtout pour les corps étrangers qui arrivent à se loger dans le cul-de-sac conjonctival qui double la paupière supérieure ; ces corps étrangers sont d'un volume presque monstrueux, si l'on songe à la petitesse et à la sensibilité de l'œil.

Prenant quelques exemples traités par lui, M. A. Terson, passe en revue les différentes régions oculaires et péri-oculaires qui peuvent recéler un corps étranger *méconnu*.

Dans l'orbite, ces faits sont légendaires ; on a pu compter jusqu'à vingt-quatre espèces différentes de corps étrangers intra-orbitaires, depuis le bout de parapluie jusqu'à des fragments de tuyau de pipe. M. Terson cite un cas où, dans un hôpital le malade, tombé sur un piquet qui avait pénétré dans l'orbite, subit l'extraction d'un volumineux fragment de bois, ne guérit pas et fut, dans un service ophtalmologique, obligé de subir, plusieurs semaines après, l'extraction d'un deuxième et dernier fragment du piquet. Les exemples de balles « oubliées » dans l'orbite ne sont pas rares. La radiographie doit donc toujours être pratiquée en cas de traumatisme orbitaire. Elle donne d'excellents résultats et permet de ne pas laisser en place un corps étranger insoupçonné. Dans l'appareil lacrymal, les fragments métalliques, les débris de paille, et surtout un cil planté dans le canalicule inférieur, sont souvent méconnus.

Les cas les plus intéressants pour le praticien sont les grands corps étrangers placés sous la *paupière supérieure* ou plutôt dans le cul-de-sac, *arrière paupière*, qui la double.

M. Terson a retiré des épines d'aubépine, des grains d'avoine munis de leurs barbes, et qu'il présente, et qui sont restés plusieurs semaines dans cette région.

C'est qu'il ne suffit pas de retourner la paupière supérieure pour les voir. Il faut encore déplisser le cul-de-sac qui est aussi étendu que la paupière elle-même et peut « coiffer » d'invraisemblables corps étrangers. Sans doute, on peut après avoir retourné la paupière supérieure, soulever et écarter avec un stylet le bord du torse pour inspecter le cul-de-sac, mais M. Terson préfère, après injection sous-cutanée de cocaïne, saisir en travers la paupière, avec une simple pince à disséquer et enrouler cette paupière sur la pince. Le cul-de-sac apparaît à nu et il n'est pas possible qu'un corps étranger, grand ou petit, échappe par cette méthode, puisqu'il se trouve à ciel ouvert.

Sur le globe de l'œil lui-même, cependant bien accessible à la vue, il n'est pas rare qu'un corps étranger se fixe et se recouvrant en partie de bourgeons charnus ou entouré d'une auréole grisâtre, échappe, quoique visible, au diagnostic, s'il n'est pas observé de très près. Il s'agit presque toujours de coques de grains et surtout d'une demi-coque vide de millet d'oiseau, que les malades envoient sur leur œil en soufflant dans les cages, pour les nettoyer. Les coques peuvent rester des semaines adhérentes à la cornée. M. Terson a enlevé une très petite élytre d'insecte noirâtre, formant elle aussi une demi-coque et qui existait depuis *dix mois* sur la cornée d'un petit enfant soigné à la campagne.

Dans l'œil lui-même, les moyens actuels (radiographie, aimant), ne permettent guère de laisser passer un corps étranger ignoré. Cependant il faut toujours penser au corps étranger pour l'éliminer, dans trois éventualités : 1° Quand une cataracte traumatique blanche contient et cache un corps étranger inclus dans le *cristallin* ; 2° quand un très petit corps étranger, très tranchant a pénétré par la sclérotique jusque dans la rétine (où l'ophtalmoscope le montre) et cela par une si petite plaie qu'elle est *imperceptible* après quelques jours ; 3° quand la cornée est entièrement opaque à la suite d'un leucome traumatique. M. Terson a enlevé un cil qui, depuis un an, contenait ainsi une énorme épine derrière une cornée opaque. En tout cas, ces exemples, montrent qu'il faut toujours penser à la possibilité d'un corps étranger. Les moyens actuels et ceux signalés plus haut, donnent des résultats objectifs très probants et immédiats, à condition de ne jamais se contenter d'un examen incomplet superficiel et de n'éliminer que par exclusion l'idée d'un corps étranger.

REVUE CLINIQUE

La tache rosée lenticulaire, par le Dr Etienne Cheorlot (*Thèse de Paris*).

A l'heure actuelle, en clinique, l'éruption lenticulaire doit être considérée comme un symptôme spécial à la fièvre typhoïde. Il est si capital, qu'en l'absence des méthodes de laboratoire, il peut à lui seul fixer un diagnostic hésitant. Sa présence dans d'autres maladies est un fait d'observation indiscutable, qu'il

faut considérer comme des anomalies ou des défauts d'observation les cas où il n'est pas signalé dans une dothiénentérie confirmée par le séro-diagnostic. Voici un intéressant tableau différentiel entre l'éruption de la typhoïde et de celle du typhus :

Typhoïde	*Typhus*
Taches roses pendant toute la durée de l'éruption.	Taches rougeâtres ou rouges qui deviennent rouge brun.
Ne changent pas d'aspect. Ne se convertissent pas en pétéchies.	Deviennent graduellement plus foncées et se transforment en pétéchies.
Circulaires.	Irrégulières.
Isolées et peu nombreuses.	Nombreuses et réunies en plaques.
Non accompagnées de marbrures cutanées.	Marbrures s'ajoutant aux taches.
Saillantes au-dessus de la peau.	Non saillantes, si ce n'est au début.
Apparaissent rarement avant le 7e jour.	Apparaissent le 4e ou le 5e.
Par poussées successives.	Jamais par poussées successives.
Chaque tache ne dure que 3 ou 4 jours.	Durent jusqu'à la fin de la maladie.
Ne se rencontrent jamais sur le cadavre.	Persistent souvent après la mort.
En plus grand nombre n'impliquent pas un danger plus grand.	Rapport direct entre l'abondance, la teinte plus foncée des taches et la gravité du cas.

L'albuminurie dans la scarlatine, par le Dr R.-J.-M. Pougaud (*Thèse de Paris*).

I. — La cause de l'albuminurie observée au déclin de la scarlatine n'est pas encore bien établie.

II. — Cette albuminurie apparaissant au déclin ou après l'affection semble avoir une autre origine que le microbe encore inconnu de la scarlatine. Elle est, dans beaucoup de cas, d'origine diphtérique.

III. — Cette origine fréquente est démontrée par :

1° La fréquence de la diphtérie concomitante se traduisant par des signes cliniques évidents et souvent confirmée par l'examen bactériologique ;

2° La fréquence du bacille diphtérique dans les voies respiratoires supérieures des malades ; ce bacille pouvant exister sans signes cliniques appréciables ;

3° La prévention à l'aide du sérum antidiphtérique. La méthode des injections préventives de sérum antidiphtérique dans la scarlatine diminue le nombre des albuminuries. Par son emploi, on n seulement 2 cas d'albuminurie sur 128 malades, soit 1,64 p. 100 ; tandis que sans sérum on a 11 albuminuries sur 120 malades, soit 9,16 p. 100.

Le sérum antidiphtérique étant un médicament spécifique contre le bacille diphtérique et sa toxine, les résultats obtenus par son emploi démontrent que, l'albuminurie scarlatineuse est bien due à la diphtérie.

IV. — Il sera donc bon, pour éviter l'albuminurie, de faire au début de toute scarlatine une injection préventive de sérum antidiphtérique à la dose de 20 centimètres cubes. Cette dose sera augmentée lorsqu'on constatera la présence d'une forte angine.

V. — En présence d'une albuminurie existante, on devra pour obtenir la guérison, pratiquer des injections de sérum antidiphtérique à la dose de 10 centimètres cubes et répétées tous les quatre jours comme pour les paralysies diphtériques.

VI. — A côté des cas d'albuminurie tardive d'origine diphtérique, il semble qu'il en existe d'autres ayant une origine différente, ou du moins qui surviennent malgré le sérum antidiphtérique et qui résistent aux injections répétées de ce sérum. Du reste, ces cas s'observent aussi dans la diphtérie. Leur origine est inconnue.

VII. — Quant au traitement diététique de l'albuminurie, ce sera le traitement classique.

Il semble néanmoins que, dans les cas d'albuminurie persistante, sans œdème ni rétention, il y aurait avantage à alimenter le malade, non pas avec un régime déchloruré, mais avec un régime normalement salé. Le sel améliorera les fonctions digestives ainsi que l'état général, et même temps la néphrite pourra être favorablement influencée.

REVUE D'UROLOGIE

La réaction de l'acide sulfurique dans l'urine des cancéreux (*Soc. des méd. de Vienne*).

M. P. Saxl a fait connaître, en son nom et au nom de M. H. Salomon, qu'ils avaient constaté dans l'urine des cancéreux une augmentation des acides oxyprotéiniques, qui sont des produits d'oxydation incomplète de l'albumine. En contact avec l'eau oxygénée le soufre neutre des acides oxyprotéiniques est oxydé et transformé en acide sulfurique, mais seulement dans l'urine des cancéreux et non dans celle des sujets sains. Pour pratiquer la réaction ,on élimine d'abord les acides sulfurique et éthéro-sulfuriques, qui se trouvent dans l'urine, puis on ajoute à 200 centimètres cubes d'urine 2 centimètres cubes d'eau oxygénée (à 100 p. 100) et l'on soumet le mélange à l'ébullition pendant un quart d'heure. Au bout d'une heure, l'addition de nitrate de baryum détermine un précipité abondant de sulfate de baryum. Ce précipité ne se produit pas dans l'urine des individus normaux. Cette réaction est relativement indépendante de la concentration de l'urine.

Sur 75 cancéreux la réaction fut positive chez 59. 10 fois elle fut douteuse et 6 fois négative. Chez 76 sujets normaux la réaction fut toujours négative.

M. H. Salomon fait remarquer que la réaction de l'oxyprotéine dont on ne saurait encore apprécier la valeur pratique, peut être positive aussi dans quelques maladies du foie.

M. Moritz Weisz exprime des doutes sur la spécificité de la réaction susmentionnée. L'augmentation de l'acide sulfurique provenant du soufre neutre paraît due à ce que l'oxydation de l'albumine est plus avancée.

M. L. Arzt dit avoir étudié cette réaction dans le service de M. Hochenegg : sur 24 cas de cancers avérés la réaction fut positive 14 fois et négative 10 fois ; sur 8 cas de cancers opérés, elle fut positive 2 fois et négative 6 fois.

CARNET DU PRATICIEN

Laryngite striduleuse.

Le faux croup est une affection essentiellement récidivante. Nous devons considérer : *a*) les précautions requises pour éviter l'éclosion de la crise ; *b*) le traitement de celle-ci ; *c*) les mesures préventives générales.

a) Chez les enfants ayant déjà présenté un ou plusieurs accès de laryngite striduleuse, le moindre coryza doit éveiller l'attention : l'enfant gardera la chambre, on veillera à ce que la température ambiante reste égale, à ce que l'atmosphère soit constamment humidifiée par l'évaporation d'une infusion de feuilles d'eucalyptus ; trois fois par jour, on instillera dans chaque narine 5 à 6 gouttes d'huile goménolée à 1/20.

Si la toux, un début d'enrouement, annoncent l'envahissement du larynx, on prescrira :

Eau de laurier-cerise........	10 grammes
Sirop de codéine............	60 —
Sirop de tolu.......... q. s. p.	125 c. cubes

Une cuillerée à café, fractionnée en deux ou trois fois, à un an; puis une cuillerée à café par année.

⁂

La raucité de la voix, de la toux, caractérise l'apparition de l'élément spasmodique, un accès de faux croup devient probable pour la nuit prochaine, on prescrira :

Bromure de potassium....	2 grammes
Sirop de belladone.......	10 —
Sirop de fleur d'oranger...	20 —
Eau de tilleul.....q. s. p.	100 c. cubes

une à deux cuillerées à café suivant l'âge au moment du coucher de l'enfant.

b) L'enfant qui s'est endormi assez paisiblement s'agite, son sommeil devient bruyant, la crise est imminente.

Dans le bruit qui accompagne la respiration, il faut distinguer le ronflement causé par l'obstruction nasale et le cornage laryngé.

S'il y a du ronflement, on se hâtera de désobstruer le nez; le rétablissement de la perméabilité nasale, quand il est possible, peut suffire à faire avorter la crise; le spasme laryngé cesse et le petit malade se rendort. C'est la vaso-dilatation de la pituitaire et de l'amygdale pharyngée qui bouche le nez, on demandera donc le remède aux vaso-constricteurs.

N'employez pas le menthol, il pourrait être dangereux.

L'adrénaline en solution aqueuse produit une vaso-constriction brusque, mais peu durable et suivie d'une vasodilatation intense; les solutions huileuses sont préférables, on aura le choix entre les *solutions huileuses d'adrénaline à 1/1000* et de *novocaïne et suprarénine* à 1/1000 telles que celles préconisées pour le rhume des foins.

Au-dessous de 2 ans on les dédoublera avec une quantité égale d'huile de vaseline.

L'enfant est couché à plat sur le dos, on lui instille dans chaque narine 4 à 6 gouttes.

Si le spasme ne disparaît pas au bout de quelques minutes, on fera prendre une cuillerée à café de la potion belladonée ci-dessus, tous les quarts d'heure ou toutes les demi-heures jusqu'à cessation de la crise. Ou bien on pourrait, à l'exemple de J. Simon, prescrire :

Alcoolature de racines d'aconit..................	X gouttes
Teinture de belladone.........	X gouttes
Eau de laurier cerise.........	15 grammes
Eau de fleur d'oranger.......	60 —
Eau de tilleul.................	60 —
Sirop simple..................	30 —

par cuillerées à soupe d'heure en heure. La moitié seulement de la potion si l'enfant n'a que deux ans et par cuillerées à café.

En même temps on aura recours au vieux remède héroïque : l'éponge imbibée d'eau bien chaude sur la région prélaryngée, ou encore aux compresses chaudes recouvertes de taffetas gommé. Un grand bain chaud pourra être également très utile.

Il est exceptionnel que la crise ne cède pas à l'emploi de ces divers moyens. Si la situation devenait véritablement alarmante, on pratiquerait le tubage ou la trachéotomie; quand on aura le choix entre les deux méthodes, c'est le tubage qu'on choisira.

c) *Traitement préventif général.* — Presque tous les striduleux sont des adénoïdiens : examinez leur pharynx après la crise et débarrassez-le des végétations adénoïdes, des amygdales palatines hypertrophiées qui peuvent l'encombrer.

H. Bourgeois.

Pelade

Crayon avec :

Chrysarobine..............	30 grammes
Colophane..................	5 —
Cire jaune..................	35 —
Huile d'olives..............	30 —

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 17.500 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 33, rue J.-J. Rousseau

Le Gérant : Docteur Lucien Graux.

ÉCHOS

Au Conseil de revision à l'Ile de la Réunion.

Le médecin-major Broquet, des troupes coloniales, a étudié la valeur physique du contingent créole, en se basant sur les mensurations et sur l'application du procédé Pignet. Il a constaté que les conscrits, descendants de la race blanche établie à l'Ile de la Réunion, ne présentent plus les mêmes qualités de robusticité que leurs frères de la métropole. Les principaux facteurs de cette déchéance paraissent être le climat de la malaria. Toutefois la race blanche, à Bourbon, maintient sa supériorité physique sur les autres races de l'Ile et sur les métis. (Société d'anthropologie de Paris.)

Aux Colonies.

Du Dr Epaulard, médecin-chef de l'ambulance de Casablanca :

Le soldat noir, au Maroc, a été notoirement moins touché par les maladies que le soldat indigène arabe. Quant à la mortalité, elle est très faible.

Ceci prouve à l'évidence que nous pouvons, au Maroc et en Algérie, employer autant de noirs que nous le voudrons. Le tout est de les trier et de les encadrer avec un soin particulier.

Puis les Arabes ont une peur affreuse des anthropophages, et nos bataillons sénégalais en recèlent forcément. Je n'ai pas besoin de dire que le cannibalisme est inconnu au bataillon sénégalais. Cependant, lors de l'arrivée des premiers Sénégalais en 1908, quelques tirailleurs demandèrent à un capitaine s'ils seraient autorisés à manger les Marocains qu'ils tueraient au combat. Cette anecdote, du reste authentique, colportée chez les Marocains, sema une épouvante qui n'est pas encore tout à fait apaisée parmi les musulmans, lesquels ont une horreur particulière d'être décapités, et à plus forte raison, croqués après leur mort. Récemment un brave garçon de noir, toujours souriant, et qui amusait volontiers de ses pitreries mes malades de l'ambulance, m'avouait que manger l'homme « y en a bon ».

Les obus explosifs.

Un officier de réserve s'exprime ainsi dans une lettre particulière sur les effets des obus explosifs.

« J'ai parlé à des officiers observateurs. Du poste d'observation, situé à 300 mètres des points de chute, la position est difficilement tenable, le vacarme indicible. L'officier adossé au mur de terre du poste perçoit l'explosion par un coup de bélier qui le rejette en avant. La vitesse des éclats est de 1.000 mètres à la seconde, mais ils restent sur place, étant donnée leur forme. L'obus donne sur le sol un *coup de hache* typique, perpendiculaire à la direction du tir, long de quinze mètres à droite et à gauche, large de trois ou quatre mètres. C'est *le coup de hache d'Attila car rien ne reste où il est donné, — pas une herbe.*

« L'adoption de cet obus explosif me paraît changer beaucoup de choses. Son effet destructif est effroyable. Il a été employé, paraît-il, au Maroc il y a trois ans. *Les corps étaient déshabillés et réduits à l'état de pulpe de boucherie.* Je me demande si l'exécution de la barka (hommes, femmes et enfants) qui eut les honneurs d'une interpellation à la Chambre, ne fut pas opérée à l'aide de l'obus explosif. »

REVUE FINANCIÈRE

La Bourse a été ferme la semaine dernière.

L'arrêt rendu à New-York par la Cour suprême contre la Standard Oil l'obligeant à se liquider dans les six mois, arrêt dont l'attente pesait depuis si longtemps sur le monde des affaires aux Etats-Unis, n'a causé ni la déception ni le découragement qu'on aurait pu supposer. Au contraire, il semble qu'on n'ait apprécié dans l'événement que l'avantage de la cessation de toute incertitude.

Un groupe de sénateurs s'est ému de la prétention du ministre des travaux publics notamment de suspendre la loi sur les mines en ne se basant d'ailleurs que sur le vote de la Chambre et « de rendre ainsi improductifs des gisements où les ouvriers trouveraient du travail et les capitaux un emploi plus sûr et plus rémunérateur qu'en bien des entreprises étrangères ».

M. Carmichaël, président des Unions textiles de France, avait fait valoir le même argument dans la belle conférence qu'il fit le 24 mars dernier au Musée social.

Il avait montré que notre production houillère est loin de suffire à notre consommation :

De 1891 à 1895 notre production annuelle moyenne a été de 26.658.000 tonnes, notre consommation de 36.023.000 tonnes; nous avons donc dû demander à l'étranger un surplus de consommation d'une dizaine de millions de tonnes.

Dans la période de 1905 à 1908 notre production moyenne annuelle a progressé à 36.125.000 tonnes; mais notre consommation correspondante s'est élevée plus vite à 50.741.000 tonnes. Il nous a fallu demander 16 239.000 tonnes à l'étranger, soit 2 millions de plus qu'il n'était nécessaire pour répondre à notre consommation.

La production houillère française très minime est une cause de l'élévation des prix du charbon chez nous par rapport aux prix de l'Angleterre et de l'Allemagne, de sorte que nous payons sur la base de notre consommation une surcharge annuelle de 223.607.000 francs par rapport à l'Angleterre et de 145.626.670 francs par rapport à l'Allemagne.

Il est très regrettable de voir les capitaux français s'évader de plus en plus et apporter un appoint considérable au développement économique des autres pays et surtout de l'Allemagne.

« Une statistique bien faite, ajoute M. Carmichaël, établirait qu'un million de francs travaillant activement en France répandent annuellement, avant tout prélèvement de bénéfice, sous forme d'impôts, d'assurances, de salaires, de transports et de dépenses diverses, de 2 à 300.000 fr. en moyenne. Le même million investi à l'étranger ne contribuant que pour peu ou rien à la vie et au développement du pays, lui rapporte entre 40 et 45.000 fr., c'est-à-dire de 5 à 8 fois moins de ressources à la communauté. »

On ne songe pas assez qu'il s'agit de milliards qui chaque année partent à l'étranger...

Les chemins sont en progrès.

Le Nord s'est élevé de 1.572 à 1.620, le Lyon de 1.157 à 1.172, l'Orléans de 1.229 à 1.244, le Midi de 1.035 à 1.041, l'Est de 878 à 882, l'Ouest seul est resté calme à 926 et 927.

Les Banques sont calmes, les valeurs industrielles russes indécises.

Les valeurs mexicaines, après une étape de baisse dont ont profité les spéculateurs avisés pour réaliser leurs bénéfices, sont de nouveau en baisse et vont probablement encore baisser. Il faudra alors en profiter.

A. S. WEIL

Les Valeurs pétrolifères

Il est incontestable que les valeurs pétrolifères sont de plus en plus à l'ordre du jour, et il est aisé de se rendre compte qu'il ne s'agit pas seulement d'une vogue temporaire, mais que nous entrons définitivement dans une ère industrielle nouvelle où le pétrole jouera le premier rôle.

Qui s'en serait douté il y a une cinquantaine d'années, alors que ce liquide commençait à peine à donner lieu à quelques transactions commerciales?

Les temps sont bien changés.

Aujourd'hui, le pétrole fait merveille dans une multitude d'emplois, soit qu'il ait remplacé la houille, soit qu'il s'adapte exactement aux besoins de nouvelles industries.

Le pétrole est actuellement l'un des produits indispensables à la civilisation; sa sphère d'action s'élargit chaque jour, son emploi se généralise et ses débouchés s'accroissent sans cesse.

On est unanime à reconnaître qu'il supplantera de plus en plus le charbon dans la plupart de ses utilisations. Et cela se conçoit sans peine si l'on veut bien réfléchir aux avantages incontestables que présente l'emploi du pétrole sur le charbon: il dégage très peu de fumée, l'emplacement qu'il nécessite est moindre, sa puissance calorifique supérieure, et enfin, et surtout pourrait-on dire, c'est un combustible bon marché, réalisant à emploi égal une économie de 30 à 40 0/0 sur le charbon.

Notons, d'ailleurs, que la production de la houille est en tendance nettement décroissante et que le besoin de trouver un nouveau combustible commençait à se faire sentir depuis un certain temps.

En fallait-il davantage pour qu'aussitôt toutes les industries ayant à produire de la force, lui donnent la préférence?

L'automobile, l'aviation ont pu, grâce au pétrole, prendre leur prodigieux essor. Son emploi, au détriment de la houille, est, dès à présent, un fait accompli pour le chauffage des locomotives de chemins de fer, non seulement aux Etats-Unis, mais en Europe où l'exemple de la Russie et de la Roumanie est suivi par l'Autriche et la Turquie. Les admirables résultats obtenus à bord des navires de guerre et de commerce par ce genre de chauffage ont incité la France à l'utiliser également. Ses cuirassés récemment construits et en construction, sont et seront aménagés pour ce procédé, et les torpilleurs l'emploient aussi pour la marche en surface.

Bref, les débouchés de ce précieux liquide s'accroissent de jour en jour et s'accroîtront encore, cela ne fait aucun doute.

La vogue dont jouissent actuellement les valeurs pétrolifères n'est donc nullement surprenante. Pourtant, certains capitalistes hésitent encore et conservent une méfiance, parfois justifiée d'ailleurs, pour les valeurs industrielles.

Il est évident que, même parmi les affaires pétrolifères, il y a lieu de procéder à une sélection. Mais il suffit d'étudier soigneusement chacune d'elles pour éclairer sa religion, et l'on voit se dégager particulièrement du groupe qui sollicite l'attention du public, trois entreprises qui peuvent être classées parmi les plus intéressantes.

Ce sont : la *Caisse des Redevances*, l'*Oil Royalties Trust Limited* et l'*Oil Trust of Galicia*.

Parmi ces trois, les actions des deux premières présentent un caractère de véritable obligation par suite du principe sur lequel sont basées les Sociétés qui les ont émises.

Nous avons vu, dans nos précédents articles, la richesse remarquable des gisements de pétrole de la Galicie. Or, la *Caisse des Redevances* et l'*Oil Royalties Trust Ltd* ont pour objet la perception de redevances dites « pour cent bruts » sur des terrains pétrolifères dans cette région.

Qu'appelle-t-on exactement « pour cent bruts »? C'est la dénomination donnée en Galicie à un pour cent de la production brute d'un domaine pétrolifère.

La location de terrains pétrolifères à des Sociétés exploitantes se paie généralement aux propriétaires fonciers, par l'abandon, au profit de ces derniers, d'une partie du pétrole extrait du domaine. Le propriétaire foncier n'a ainsi qu'une part contributive dans les frais qu'occasionne l'installation des puits aux Sociétés et le rendement net pour lui de son domaine est fait de la part lui revenant sur la production brute des puits qui y sont établis.

Cette façon de procéder supprime absolument tous aléas, et la richesse incontestable des gisements est un sûr garant de l'avenir.

Les résultats obtenus par la *Caisse des Redevances* sont d'ailleurs extrêmement satisfaisants. Pour l'année 1910 cette Société a dû payer un dividende de 15 fr. 93, soit environ 6 0/0, et l'acompte mensuel de dividende vient d'être porté à 1 fr. 50, ce qui représente un revenu de 6 fr. 50 0/0 l'an environ sur la base du cours actuel de 290 francs environ; et il doit s'accroître des bénéfices qui reviennent aux actionnaires du fait de la suppression des parts de fondateur.

Quelle valeur d'égale sécurité peut présenter un revenu aussi rémunérateur? A son prix actuel, l'action de la *Caisse des Redevances* se recommande tout particulièrement aux capitalistes les plus prudents et notamment à ceux qui préfèrent les valeurs à revenu fixe. Car l'action *Caisse des Redevances*, de par la progression constante de ses dividendes, est mieux qu'une obligation dont la fixité du revenu ne permet pas l'accroissement des ressources qu'exige la vie moderne : l'action *Caisse des Redevances* est une valeur à revenu extensible qui mérite de figurer dans tous les portefeuilles.

Pour ceux qui trouveraient son prix trop élevé pour leurs disponibilités, voici l'*Oil Royalties Trust Ltd* dont les actions cotent en ce moment 37 francs environ pour les unités et 32 fr. 25 pour les coupures. Basée exactement sur les mêmes principes que son aînée la *Caisse des Redevances*, cette entreprise met en paiement son premier acompte trimestriel de dividende de 0 fr. 525 représentant 7 0/0 l'an environ.

Mais on a pu voir que parmi les Sociétés exploitantes, il en est qui, par leur gestion et leur situation particulièrement favorable, présentent des perspectives qui ne sont pas moindres.

Les deux derniers articles consacrés à l'*Oil Trust of Galicia* ont dû convaincre suffisamment les lecteurs de ce journal de l'intérêt présenté par cette valeur, que dans les milieux autorisés on compare à la puissante Compagnie *Shell Transport and Trading*.

L'activité des transactions qui ont eu lieu sur ces titres est, d'ailleurs, la meilleure preuve que le public se rend compte de la qualité de l'entreprise.

Introduite aux environs de 95 francs, l'action *Oil Trust of Galicia* cote actuellement 78 francs pour les unités et 70 fr. 50 pour les coupures, et sa marge de hausse est certainement loin d'être épuisée. On prévoit à Londres des cours de 5 et 6 livres, c'est-à-dire doubles de ceux pratiqués aujourd'hui!

Si l'on considère, d'autre part, que cette Société met en paiement le 3 juillet prochain, aux guichets de la Société Générale un acompte trimestriel de dividende de 2 fr. 50, soit 15 0/0 l'an environ aux cours actuels, on voit que la mise en portefeuille de cette action constitue une opération judicieuse à tous points de vue.

Les capitalistes assez avisés pour profiter de la faveur dont jouissent les valeurs pétrolifères et s'intéresser aux trois entreprises dont il vient d'être parlé, trouveront un emploi de leurs capitaux aussi sûr que rémunérateur.

N'oublions pas qu'au siècle dernier, des fortunes se sont édifiées sur le charbon. Normalement, le pétrole doit assurer les mêmes fructueux bénéfices.

82e Année (Série XIIIe) — N° 96 — Le Numéro : 25 Centimes — Mercredi 31 Mai 1911

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
9, Rue Denis-Poisson, PARIS
TÉLÉPHONE : 573-40

ABONNEMENTS :
Paris et Départements ... 10 fr.
Union postale........ 15 fr.
Edition Espagnole .... 10 fr.
Edition Portugaise.... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

ÉCHOS

Médecins des hôpitaux

Le concours d'admissibilité pour le diplôme si recherché de médecin des hôpitaux est terminé. Le jury a déclaré admissibles, par ordre de mérite : MM. Lemierre et Ribadeau-Dumas, *ex-æquo*; Weill, Chiray, Boidin, Trémolières, Rabonneix, Courcaux, Peisseau, Gougerot, Hervier, Armand Delille, Dreyfus-Rose, Halbron, Ramond, Aubertin, Loast, Fiessinger, Nattan-Lanier, Gaultier, Rivet, Beaudouin, Gérandel, Voisin.

Le doyen des agrégés parisiens.

C'est le Dr Lutz, né le 18 mai 1815 et toujours très alerte; il habite le 19e arrondissement.

Hôpital des accidents du travail (136, rue Championnet, 18e).

Service de Chirurgie infantile et d'Orthopédie sous la direction du Dr Redard : Lundi et Jeudi à 9 heures; consultations et opérations gratuites pour indigents; jeudi à 10 heures, conférence clinique; lundi et jeudi, de 9 à 10 heures, traitement des déviations de la colonne vertébrale et gymnastique orthopédique.

Voyages d'études en Scandinavie.

Le huitième voyage de perfectionnement scientifique et médical de l'A. P. M. aura lieu du 12 au 30 août en Scandinavie (Danemark, Norvège, Suède). Il coïncidera avec la première session annuelle de l'Association.

L'itinéraire adopté par le Conseil d'administration dans sa séance du 6 avril est le suivant : Hambourg, Altona, Kiel, Longeland, Korsör, Copenhague, Skodsborg, Klampendorg, Copenhague, Elseneur, Falkenberg, Göteborg, les chutes de Troloettan, Christiania, Myrdal, Flaam, le Sognefjord, Gudwangen, Stalheim, Voss, Beregn, le Hardangerfjord, Odde, les cascades du Lautefos, Eide, Voss, Christiania, Holmenkollen, Christiania, Friksta, Köping, Stockholm, Upsala, le Lac Maelar, Stockholm, Katrineholm, Mjölby, Vislanda, Lund, Trelborg, Sassnitz, Stralsund, Berlin.

Pour faciliter le voyage, le départ se fera en groupe de Paris par voitures rapides directes; et le retour de Berlin pourra s'effectuer à volonté avec des billets individuels à durée facultative jusqu'au 15 septembre.

On sera à Berlin au moment des grands Congrès Internationaux d'oto-rhino-laryngologie et des Gouttes de lait. Ce sera également l'époque où l'Exposition Internationale d'Hygiène de Dresde battra son plein; on pourra en aller faire la visite en corps de Berlin, car son importance est considérable.

Le programme complet et les conditions détaillées du Voyage d'Etudes en Scandinavie paraissent dans le numéro d'avril du journal *L'Enseignement médico-mutuel International et de Perfectionnement scientifique* où l'on trouve aussi une très intéressante étude du Dr Ghislain Houzel sur sa Mission d'Etudes en Belgique et Hollande. Ce numéro, ainsi que celui de mai, contenant, en outre, d'un travail important du Dr Ripert sur l'hémophilie, les statuts, le règlement général, et l'annuaire du groupe central de l'A. P. M., sont adressés franco et recommandés à titre de propagande contre 1 fr. 20 en timbres-poste pour la France et 6 coupons-réponses internationaux pour l'étranger. En faire la demande au siège central de l'A. P. M., 12, rue François-Millet, Paris, XVIe. (Bureau ouvert le mercredi et le samedi de 10 h. à midi).

Enfants assistés.

En 1908, il y a eu 314.000 enfants assistés contre 306.000 en 1907; au 31 décembre 1908, il s'élevait à 219.402; dans ce chiffre on compte environ 106.000 enfants abandonnés, 22.000 enfants moralement abandonnés, 15 000 orphelins pauvres, 65.000 enfants secourus temporairement en vue de prévenir leur abandon, 4.500 enfants en dépôt ou en garde et 6.000 enfants trouvés. Le montant des dépenses pour cet exercice est de 37 millions et demi de francs, soit une moyenne de 120 francs par enfant (au lieu de 128 en 1907). Les dépenses pour les enfants assistés n'étaient que de 31 millions en 1904; elles ont suivi une progression constante.

La neurasthénie

Le Globéol donne, d'après le Dr Ragaine, des résultats tout à fait satisfaisants dans tous les cas d'épuisement nerveux et de neurasthénie. Ce traitement par l'opothérapie sanguine ne peut d'ailleurs évidemment être en aucun cas toxique.

Le droit et la médecine

La *Chronique médicale* a demandé à M. Maurice Maeterlinck s'il était vrai qu'il eût, dans sa jeunesse, commencé ses études médicales. L'auteur de l'*Intelligence des fleurs* et de la *Vie des abeilles* vient de répondre à notre confrère :

« Je n'ai pas commencé d'études de médecine. J'ai fait mon droit pour obéir aux traditions de ma famille, d'après lesquelles il faut que l'aîné soit avocat. Jusqu'à mon dernier jour je regretterai d'avoir obéi à ces traditions et d'avoir consacré les plus précieuses de mes années à la plus vaine des sciences. Tous mes instincts, tous mes goûts me portaient vers l'étude de la médecine qui, j'en suis de plus en plus convaincu, est la plus belle clé qui donne accès aux grandes réalités de la vie. »

Aliénés traités dans les asiles.

En 1908, il y a eu 96.000 aliénés traités dans les asiles, au lieu de 94.000 en 1907. La proportion des aliénés par rapport à 1904 a été la suivante : folie simple, 63,4 0/0, au lieu de 65 0/0 en 1904; folie alcoolique, 9,7 0/0, au lieu de 8,6 0/0; folie paralytique, 5.6 0/0 au lieu de 5,8 0/0; démence sénile, 8,7 0/0 au lieu de 8.1 0/0; idiotie et crétinisme, 12,6 0/0 au lieu de 12,5 0/0. Au total, il y a eu dans les asiles environ 4.000 aliénés de plus qu'en 1904. La progression est de 1.300 pour la seule folie alcoolique.

Le suicide au Japon.

Voici combien de Japonais et de Japonaises ont volontairement renoncé à la vie, de 1897 à 1902 :

1897	4.625	3.033	= 7.658
1898	5.368	3.331	= 8.699
1899	5.038	3.334	= 8.372
1900	5.177	3.256	= 8.433
1901	5.227	3.355	= 8.582
1902	5.413	3.370	= 8.783

Ce qui frappe c'est l'accroissement annuel de la sinistre manie. La progression est indéniable. Une épidémie de suicides sévit naguère parmi les étudiants de l'Université de Tokio. Les uns se précipitèrent dans la cataracte de Kégo, près de Nihko; les autres jugèrent plus magnifique encore de s'identifier à l'éternel en s'engouffrant dans le cratère du volcan Asama. Une vingtaine disparurent ainsi, préférant à une « carrière » la mort sans phrase... et sans examens. Des amoureux qui ne peuvent être unis pratiquent le *Joshi* : Ils meurent ensemble, persuadés suivant la croyance bouddhique, que la force de leur amour pourra suffire à les unir.

AVIS. — Jeunes confrères désirant un service dans un dispensaire antituberculeux de Paris sont priés de s'adresser au Dr A. Roblot, 10, r. de la Fidélité, Paris

Inversion du Sens génital

CHEZ UN PSEUDO-HERMAPHRODITE FÉMININ

Par M. le Dr MAGNAN

Membre de l'Académie de Médecine. Médecin en chef de l'Asile Ste-Anne (Pavillon d'admission)

Le malade dont nous publions l'observation était âgé de 30 ans ; sa mère, très nerveuse, avait éprouvé de violents chagrins pendant la grossesse ; son père était fort, robuste, bien portant ; un frère aîné est militaire et en bonne santé.

A la naissance, la détermination du sexe donna lieu à quelques hésitations, mais cependant le sujet, hypospade à forme vulvaire, étant muni d'un appendice péniforme assez développé, fut considéré comme masculin.

A quatorze ans, il survint un écoulement sanguin suffisant pour mouiller en partie une serviette pendant un jour ou deux, et, malgré un retour mensuel assez régulier, cette périodicité n'attira pas l'attention de la famille; on regarda cet écoulement sanguin comme l'analogue de certains flux hémorroïdaires favorables à la santé.

A ce moment, il eut un court accès de dépression mélancolique avec idées de suicide; on le surveillait discrètement et on trouva dans la chambre un grand couteau avec lequel il voulait, avoua-t-il, se tuer.

Avant d'aller plus loin, un mot sur son habitus extérieur et sur la conformation anormale de ses organes génitaux externes.

La taille est d'environ 1 m. 48, le cou est arrondi, sans saillies musculaires, le larynx est peu saillant, la voix est plutôt féminine. La lèvre supérieure est couverte d'un duvet fin, mais assez abondant; les seins ont le volume d'une grosse noix; la peau est fine et peu velue, le pubis est néanmoins couvert de poils. L'appendice péniforme à l'état de flaccidité mesure 4 cent. 1/2; il est formé de la portion glandaire du corps spongieux et d'une portion du corps caverneux. Le gland, imperforé, présente à la face inférieure une légère dépression en gouttière. Dans l'érection, cet appendice péniforme s'allonge, grossit, et se recourbe légèrement en bas, retenu par deux brides très nettes, rudiments de la portion cylindroïde du corps spongieux.

Au-dessous de l'appendice, deux replis cutanés ayant les apparences de grandes lèvres limitent une fente verticale qui aboutit à un vestibule au fond duquel on aperçoit le méat urinaire; une sonde introduite dans cet orifice arrive à la vessie; en abaissant le bord inférieur du vestibule, on voit au-dessous du méat un autre orifice d'une extrême sensibilité dès que l'on essaye d'introduire le bec de la sonde. C'est l'orifice d'un petit canal vaginal. Par le toucher rectal on sent, en effet, sur le raphé médian, à la paroi antérieure du rectum, un corps cylindroïde, analogue à un gros porte-plume mesurant environ 12 centimètres de longueur. Aux époques, le petit orifice vaginal donne issue au sang qui s'étale dans le vestibule, en dehors de la miction. Tels sont les organes visibles à l'extérieur. Quant aux organes internes, l'opération faite par M. Pozzi, a permis d'en déterminer exactement la nature, ils sont exclusivement féminins, utérus, trompes, ovaires, sans un vestige d'organe mâle.

L'utérus, petit comme celui d'une jeune fille, n'offrant pas de lésions, a été laissé dans la place qu'il occupe normalement entre la vessie et le rectum.

Les trompes et les ovaires adhérents à la

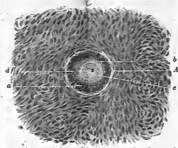


Fig. 1. — Coupe de l'ovaire droit : follicule de Graaf.

tumeur ont été enlevés avec elle. Ces pièces ont été l'objet d'un examen très complet dans le laboratoire de notre regretté collègue Malassez, sur des coupes histologiques dues à son distingué préparateur, M. le Dr Justin Jolly, que nous ne saurions trop remercier.

Voici le dessin d'une coupe de l'ovaire droit intact, sur lequel on voit un follicule de de Graaf très net (fig. 1, A), avec son épithélium folliculaire (*a*), son vitellus (*b*), sa vésicule (*c*) et sa tache germinative (*d*). Une coupe de la trompe (fig. 2) met en évidence la structure de cet organe; lacis de fibres musculaires lisses concentriques (*f*), muqueuse frangée à épithélium cylindrique à cils vibratils (*g*).

Sur la coupe de la tumeur (fig. 3, 1/60), on voit que le néoplasme est formé de traînées de grosses cellules arrondies à gros noyau, séparées par des travées conjonctives (*i*), formant avec les traînées cellulaires des couches stratifiées. L'examen de la coupe à un faible et à un fort grossissement (fig. 4, 1/200), montre clairement cette disposition.

Nous sommes donc bien organiquement, en présence d'une femme. Or, au point de vue psychique, le fait important est que ce pseudo-hermaphrodite féminin a présenté dès son enfance, les allures, les habitudes, le caractère, les appétits et les instincts d'un garçon, d'un homme. Il prenait part aux jeux et aux occupations de ses camarades, mais éprouvait plus d'attrait pour la société des jeunes filles; il se montrait aimable à leur égard et il s'efforçait, dès qu'il le pouvait, de provoquer dans des lieux écartés avec l'une d'elles des rencontres où, après avoir obtenu des caresses et des attouchements réciproques, il se livrait à des tentatives de copulation. Il était regardé par tous comme un homme et, devenu officiellement fiancé, le projet de mariage parut tout naturel; les futurs époux furent l'objet de vives félicitations de tous les amis, de toutes les personnes qui les connaissaient.

Le jeune ménage fut bien uni, le mari adorait sa femme, et celle-ci, heureuse, entourait son mari de la plus vive tendresse; elle ne se lassait de dire à tous les siens, la joie et le bonheur qu'elle trouvait dans son foyer; et, dans des confidences à de vieilles amies, elle laissait entendre que les relations conjugales sous tous les rapports donnaient pleine satisfaction.

De son côté, le mari nous dit qu'il a plusieurs fois par mois, et de temps à autre, deux fois dans la même nuit, des relations sexuelles accompagnées de vives jouissances, de spasmes; il se sent mouillé, mais il ne semble pas y avoir d'éjaculation, le linge n'est pas empesé et n'a pas de taches spéciales. L'érection cesse après le spasme comme chez l'homme normal.

Pendant quinze mois, aucun nuage ne vint un seul instant assombrir cet horizon ensoleillé. Mais, madame, d'une santé délicate, ne tarda pas à présenter des symptômes d'une affection pulmonaire grave. La maladie ne fit que resserrer davantage les liens affectueux qui unissaient les deux époux et donna dans maintes circonstances, la mesure de la fermeté et de l'énergique volonté du mari.

La jeune femme avait des hémoptysies, toussait et crachait abondamment; devant cette tuberculose ouverte, on avait doucement invité le mari à ne pas partager pendant quelque temps le même lit, pour laisser, lui disait-on, plus de repos à sa chère malade; il comprit et, souriant tristement : « Quand elle n'y sera plus, dit-il, je ne serai plus; il n'y a pas à s'inquiéter. »

A plusieurs reprises déjà, il avait répété qu'il ne survivrait pas à sa femme.

C'est au milieu des pénibles soucis créés par la maladie de sa femme que, souffrant lui-même d'une tumeur du ventre devenue depuis peu de mois beaucoup plus volumineuse, il se vit forcé de songer à se soigner.

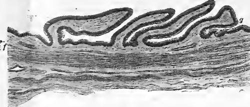


Fig. 2. — Coupe de la trompe droite.

Examiné par M. Labadie-Lagrave, puis par MM. Pozzi et Guyon, le diagnostic de sarcome probablement ovarien fut posé. L'intervention chirurgicale déclarée urgente, mais l'opération fut retardée de dix jours pour laisser passer l'écoulement périodique attendu à ce moment.

Je n'ai pas à parler de l'opération qui a d'ailleurs parfaitement réussi, mais le ma-

lade ayant appris que sa femme avait en une hémoptysie, s'oubliant lui-même, voulait la rejoindre immédiatement dans le Midi; c'est avec beaucoup de peine que M. Pozzi a pu le décider à garder le lit le temps strictement nécessaire aux pansements.

Revenu près de sa femme, il n'a plus quitté le chevet de son lit, veillant aux moindres détails du traitement, luttant avec une extrême énergie pour cacher son désespoir. La veille de sa mort la malade, suffoquant dans un accès de toux, se laissa tomber sans forces sur l'oreiller. Vivement ému, il ne put retenir ses larmes. Elle s'en aperçut, et, dans un suprême effort, elle lui dit : « Courage, je ne te quitterai pas, mon âme sera toujours avec toi. »

C'est lui-même qui, dans la lettre où il m'apprenait la mort de sa femme, m'a rapporté ces paroles.

Ces paroles de sa femme l'ont certainement sauvé du suicide.

Il veut vivre maintenant pour cultiver pieusement le souvenir de sa chère disparue, dont l'atmosphère de tendresse, dit-il, l'enveloppera toujours.

J'ai tenu à donner tous ces détails pour bien montrer que, constamment, il est resté psychiquement le mari.

On ne peut s'empêcher d'insister sur ce fait que M. X... à aucun moment n'a eu la moindre hésitation sur la nature de son sexe. Pour lui, il est un homme, et la même conviction existe chez la femme; elle a un mari, un vrai mari.

Dans la situation spéciale du jeune ménage, le rôle du médecin était tout tracé : le silence. Il n'avait pas à se préoccuper d'une question qui n'avait jamais été posée et qui, du reste, ne pouvait être soulevée que par les deux intéressés, le mari et la femme. En toutes circonstances, il eût été d'ailleurs cruel et inutile de jeter le trouble dans un milieu où les faits accomplis étaient pour tous une situation acquise, régulière et normale.

Un tel état psychique inébranlable qui, pas un instant, ne s'est démenti, est rare, et il semble bien qu'il serait permis de dire qu'il s'agissait là d'un cerveau d'homme dans un corps de femme.

A l'occasion de cette inversion si complète du sens génital, chez un sujet pseudo-hermaphrodite féminin, il est bon de rappeler quelques autres cas de pseudo-hermaphrodisme : une erreur d'état civil ayant fait ranger ces sujets parmi les femmes, l'éveil des appétits et des instincts normaux, à l'époque de la puberté, leur révélèrent leur véritable sexe.

Telle, Ernestine G..., que M. Magitot présenta à la Société d'anthropologie en 1881 (*Bulletin de la Société d'anthropologie*, juin 1881). Il s'agissait alors d'un hypospade scrotal à forme vulvaire; dans les deux replis cutanés représentant les grandes lèvres, on constatait, à droite et à gauche, la présence d'un testicule. Elle se maria à dix-neuf ans et demi, devint veuve à trente ans, elle prit ostensiblement des maîtresses, et elle fit l'aveu que, du vivant de son mari, et sans qu'elle ait interrompu ses relations avec lui, elle eut plusieurs fois de véritables rapports avec des femmes.

Il n'y avait point ici d'inversion du sens génital. Ernestine G... était un homme, et en recherchant des relations féminines, elle obéissait à un besoin instinctif normal.

Il en est de même du cas de M. Goujon (1) : chez le sujet Alexina..., les grandes lèvres apparentes abritaient deux testicules; son acte de naissance fut rectifié par le tribunal, à la suite d'un rapport médical; élevée pendant vingt ans, avec des filles, à la faveur de cette erreur, elle éprouva bientôt des manifestations qui l'éclairèrent sur ses appétits et ses instincts et qui, au début, ne furent pas sans la surprendre elle-même.

Là, encore, et c'est ce qui distingue ces cas de celui que nous avons l'honneur de rapporter devant vous, il n'y avait pas d'inversion du sens génital. Permettez-nous d'ajouter cependant que déjà, en 1887, nous avions présenté à la Société d'anthropologie (2) un malade hypospade scrotal, chez lequel nous avions pu noter une ébauche d'inversion génitale, cas beaucoup moins net d'ailleurs que celui de M. X...

Cette inversion du sens génital que nous venons de trouver si absolue chez notre sujet, se présente parfois avec la même intensité chez l'homme poussé par l'amour obsédant de l'homme, à en rechercher le commerce, à l'exclusion de l'autre sexe. C'est ainsi que nous avons eu l'occasion d'observer avec M. Charcot (1) un homme intelligent, instruit, érudit, professeur de Faculté, dont la vie laborieuse était empoisonnée par l'instinct maladif qui le portait à la recherche de l'homme, et qui, dans une note qu'il rédigea lui-même sur notre demande, décrivit le caractère obsédant et tyrannique de sa passion morbide.

« Je ne suis jamais parvenu, fit-il, malgré tous mes efforts, à arrêter les excitations de mon imagination; les hommes jeunes, beaux et forts, provoquent toujours chez moi une vive émotion; une belle statue d'homme nu produit le même effet. Quand je rencontre un homme dont la jeunesse et la beauté provoquent ma passion, je suis tenté de lui plaire; si je donnais libre carrière à mes sentiments, je lui ferais toutes les amabilités possibles, je l'inviterais chez moi, je lui écrirais sur du papier parfumé, je lui porterais des fleurs, je lui ferais des cadeaux, je me priverais de bien des choses pour lui être agréable.

« Jamais je ne me laisse aller à tout cela, mais je sens très bien que je serais capable de le faire; je dois vaincre le désir que j'éprouve d'agir ainsi. Je sais dominer les envies dont je viens de parler, mais je ne parviens pas à dominer l'amour lui-même; cet amour heureusement ne me possède pas de manière continue; je travaille et mes études me sont d'un grand secours contre les pensées sensuelles; mais souvent la sensualité l'emporte sur le travail et je suis arrêté au

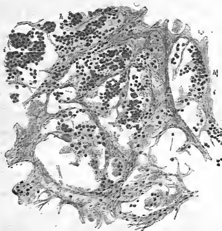


FIG. 3. — Coupe de la tumeur de l'ovaire gauche : faible grossissement.

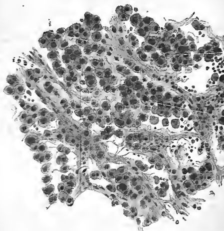


FIG. 4. — Coupe de la tumeur de l'ovaire gauche : fort grossissement.

(1) Goujon. Etude d'un cas d'hermaphrodisme bisexuel imparfait chez l'homme. *Journ. Anatomie et physiologie* de Robin, novembre et décembre 1869.

(2) Magnan. Trois cas de conformation vicieuse des organes génitaux. *Bulletin de la Société d'anthropologie*, [illegible] 1887.

(1) *Inversion du sens génital et autres perversions sexuelles*, par Charcot et Magnan. Recherches sur les centres nerveux, 2e série, p. 174. — Gley. Les aberrations de l'instinct sexuel. *Revue philosophique*, janvier 1884.

milieu de l'examen très approfondi d'une question par la représentation soudaine d'un homme nu dans mon imagination. J'ai toujours lutté tant que j'ai pu contre cette sensualité; je suis parvenu à empêcher beaucoup d'actes auxquels je me sentais poussé, mais je n'ai jamais pu éteindre la sensualité même.

Quant aux femmes, si belles qu'elles soient, elles n'ont jamais fait naitre en moi le moindre désir. J'ai essayé d'en aimer une, espérant ainsi revenir à des idées naturelles; malgré sa beauté, ses efforts, etc., je suis resté complètement froid et l'érection si facile chez moi à la vue de l'homme, n'a pas commencé. Jamais une femme n'a provoqué en moi la plus petite sensualité. »

La guérison de ce malade si profondément envahi par l'obsession morbide, mérite d'arrêter l'attention; le pronostic au début paraissait sombre, mais le sujet, convaincu du caractère pathologique de cette perversion instinctive, avait pris la ferme résolution de tout tenter pour s'en affranchir. Il a tenu parole; il a suivi scrupuleusement les conseils qu'on lui donnait. A diverses reprises, malgré l'angoisse douloureuse qui l'étreignait, il ne s'est point dérobé et a continué à lutter contre l'obsédante impulsion. C'est avec cette volonté tenace qu'il est parvenu à substituer à l'idée obsédante dominatrice, un courant continu de pensées et d'associations d'idées puisées surtout dans ses études.

A la faveur de cette activité nouvelle, l'idée parasite qui avait envahi son cerveau est devenue insensiblement moins impérieuse; on put, à ce moment, lui recommander la fréquentation des réunions où se trouvaient des dames; on l'invita à rechercher le côté attrayant de ces réunions; on l'incita à y goûter du charme.

Il se soumit à cette direction; peu à peu, il y trouva un certain agrément; un jour vint — après quelques années — où le médecin crut pouvoir lui conseiller le mariage.

Il se maria; constitua une famille; depuis plus de quinze ans, il est complètement débarrassé de ses obsessions et se rit de l'esclavage auquel elles l'avaient réduit.

Ce qui s'est passé dans l'inversion du sens génital s'obtient plus facilement peut-être dans la crainte du toucher, dans le doute et dans la plupart des états obsédants et impulsifs, mais ce qu'il faut surtout pour le traitement et la guérison de ces psychopathes, c'est de la part du médecin, une patience, une bonté, une sollicitude inlassables.

Association médicale internationale contre la guerre

Cette intéressante association, fondée en 1905 et dirigée par notre ami le Dr Rivière, vient de publier un gros ouvrage contenant les actes et manifestations diverses de cette œuvre humanitaire. Ses moyens d'action sont des plus importants; elle ne comprend pas moins de 10.000 membres groupés dans des Comités nationaux et elle exerce une action manifeste dans la tendance pacifiste qui tend à se faire jour dans la presse mondiale. Les médecins sont respectés et écoutés et leur parole peut avoir dans leur entourage une influence décisive. Il était très intéressant de réunir dans une même action aussi heureuse leurs efforts disséminés.

L'œuvre de Rivière doit être encouragée et les adhésions devraient être de plus en plus nombreuses. Les adhésions n'entraînent à aucun frais.

L'Aliénation mentale cause de Divorce [1]

(SUITE DE NOTRE ENQUÊTE)

Nous publions aujourd'hui la suite de notre referendum sur l'aliénation mentale cause de divorce. Voici les réponses qui nous sont parvenues dans l'ordre chronologique.

IX

M. le Dr A. Marie, médecin des Asiles de la Seine, directeur du Laboratoire de Psycho-Pathologie à l'Ecole des Hautes-Etudes, veut bien nous faire parvenir l'étude ci-dessous :

Au point de vue purement familial on peut envisager la puissance paternelle, l'aptitude au mariage, au divorce et au testament.

Nous citerons ici les textes du Code civil relatifs à ce point.

« Art. 146. — Il n'y a pas de mariage lorsqu'il n'y a pas de consentement. Le mariage contracté par le dément n'est pas inexistant, il est seulement annulable et les collatéraux n'ont pas le droit d'en provoquer la nullité.

« Art. 150. — Si le père ou la mère sont morts ou s'ils sont dans l'impossibilité de manifester leur volonté les aïeuls et les aïeules les remplacent. Un certificat médical doit attester l'impossibilité par aliénation mentale. »

Ce certificat est fréquemment établi par le médecin d'asile pour les déments dont le consentement est alors remplacé par ledit certificat; il est plus rare de le voir établir par un dément non interné.

« Art 174, § II. — L'opposition peut être fondée sur l'état de démence du futur époux : « à charge pour l'opposant qualifié, de provoquer l'interdiction et d'y faire statuer dans le délai fixé par le jugement. »

L'objection préalable de démence d'un des conjoints en cas de mariage n'empêche cependant pas les mariages dans l'asile d'aliénés et le cas s'est posé il y a quelques années d'un malade aliéné réclamant en état de lucidité *in extremis* le mariage afin de légitimer les enfants nés d'une union irrégulière.

On sait combien sont fréquentes les tendances érotiques chez le vieillard, et ce qu'on a appelé la gaménomanie n'est pas rare chez lui. Cette sorte de monomanie du mariage peut être aisément exploitée chez un individu à volonté affaiblie; l'opposition à l'accomplissement de ses désirs s'impose alors, surtout s'il est possible de démontrer que le futur conjoint est en démence, selon l'expression du Code.

Nous avons cité ailleurs un dément interné dont la sortie fut demandée à fin de mariage par une jeune fille convaincue de la réalité de ses affirmations de richesses et alléchée par l'appât de ses biens à venir; dans d'autres cas, c'est afin de régulariser une situation difficile, obvier aux inconvénients d'une grossesse dont le dément endosse la paternité; ses ayants droit sont alors supplantés par les enfants étrangers.

Des législateurs et des sociologues éclairés ont réclamé l'institution de certificats médicaux préalables à la célébration du mariage, la démence pourrait rentrer parmi les affections d'un diagnostic et pronostic possibles pour le médecin chargé d'attester l'aptitude matrimoniale.

A la rentrée des Cours et Tribunaux de Madrid, le ministre de la Justice, parlant dans son discours de la nécessité de certaines réformes judiciaires a mentionné l'intervention obligatoire dans toute demande d'inscription pour le mariage et la délivrance d'un certificat relatif à la santé et aux conditions physiologiques des postulants. Il importe, a-t-il dit, de ne pas contribuer à peupler les hôpitaux, les asiles d'aliénés et les bagnes par des unions conclues sans aucune prudence et il est nécessaire que le juge municipal refuse de procéder à des mariages que la science estime devoir être funestes, car tout est préférable à de telles unions, plus regrettables que le suicide même.

Si les démences sont des contre-indications au mariage, la démence prouvée comme antérieure au mariage peut être cause de l'annulation du mariage ou de divorce. La question s'est posée pour le divorce d'une façon plus générale encore et on s'est demandé si la démence survenant chez l'un des conjoints, à un moment quelconque de la vie matrimoniale, ne pouvait être un motif à sa rupture et à la dissolution de l'union comme la mort civile ou la mort véritable. M. Jacoby a présenté un rapport à la Société de médecine légale aux termes duquel serait soumis aux reviseurs du Code civil un projet d'article autorisant les tribunaux à prononcer le divorce au cas de folie de l'un des époux.

Il faudrait naturellement que cette folie fût une démence incurable, et d'ailleurs ce divorce ne serait définitif qu'après un délai de cinq ans; en Allemagne en Suisse, pays de mœurs familiales, la maladie est inscrite depuis longtemps parmi les causes de divorce.

Or, la folie n'est qu'une maladie comme une autre : pourquoi, dit Toulouse, ne pas autoriser le divorce pour cause de maladie lorsqu'il s'est écoulé un temps suffisamment long pour que la curabilité soit infiniment peu probable?

L'expérience elle-même fournit ce délai. Lors qu'une maladie aura duré cinq ans au maximum, elle pourra être considérée comme incurable et par suite autoriser le divorce.

La plupart des maladies curables le sont en effet dans les six premiers mois.

A Paris, sur 100 malades qui guérissent, 91 guérissent la première année : 4 guérissent la deuxième année; 2,68 guérissent les troisième, quatrième et cinquième années; 1,82 guérissent après la cinquième année. A Londres, la statistique fournit à peu près les mêmes chiffres. La loi paraît donc une loi générale.

Maintenant le divorce peut être prononcé sans délai contre le conjoint qui, atteint d'une maladie mentale et connaissant sa maladie, l'aurait cachée; inutile de répondre que l'autre conjoint devait prendre ses renseignements, le mariage doit être, avant tout, un acte de bonne foi.

Si, au contraire, les cas de folie antérieure avoués, le conjoint l'a accepté, c'est tant pis pour lui, il en subira les conséquences.

D'ailleurs, tout cela peut se résumer dans ce dilemme conjugal : si le conjoint aime, il n'aura pas besoin de loi pour soigner son conjoint malade ou fou; la question du divorce ne se posera même pas, car il ne demandera pas le divorce. Si le conjoint n'aime pas, pour se dérober à ce qui sera pour lui non plus un devoir mais une corvée, il demandera le divorce. Ne vaut-il pas mieux le laisser libre de s'en aller? A l'époux ou à l'épouse garde-malade qui n'aime pas, je préfère de beaucoup l'infirmier public. Celui-ci au moins n'est pas dangereux; il a même intérêt à bien soigner son malade; l'époux garde-malade qui n'aime pas a un intérêt contraire et est suspect (Toulouse). A cela les ripostes n'ont pas manqué et les arguments de sentiments les plus divers ont été invoqués au cours des polémiques.

On a rappelé le cancer et la tuberculose qui, parmi tant d'autres maux terribles, pourraient aussi bien que la démence servir de prétexte au divorce.

On invoque l'erreur possible du pseudo-dément qui guérit et reperd sa raison en trouvant sa

(1) Voir numéro du 1er mars de la *Gazette médicale de Paris* contenant la Proposition de loi de M. Maurice Viollette, député, ainsi que le numéro du 3 mai concernant le début de notre enquête et les réponses reçues.

femme remariée à un autre. On proteste enfin contre cette nouvelle atteinte à l'indissolubilité de l'union matrimoniale et contre ce relâchement d'un lien moral qui doit comporter assistance aux cas des pires catastrophes comme la perte de la raisou, au lieu de l'abandon légal que semble constituer ce divorce pour cause de démence.

En fait, j'ai eu l'occasion à diverses reprises d'établir des certificats médicaux relatifs à des déments dans des cas de divorce et voici comment. Il s'agissait de paralytiques généraux internés contre lesquels le conjoint intentait une action en divorce, mais au lieu de baser l'action sur la folie, on la fondait sur des sévices ou injures graves, contemporaines du début de l'affection.

Il est fréqnent qu'au cours de la phase incomplète qui précède l'internement, les déments paralytiques se livrent à des écarts divers, des actes immoraux ue sont pas rares alors, et souvent des accès d'excitation amènent des scènes de violence et d'injures bien constatées; c'est sur elles que le divorce en pratique s'étaie et s'obtient; d'autant mieux que le conjoint incriminé est hors d'état de contredire et ne paraît que sous forme d'attestation médicale de sa démence.

Mais il arrive aussi que deux vieillards réellement affaiblis par l'âge se jettent mutuellement à la tête l'épithète de démence et après une longue vie conjugale parlent de divorce sur le tard par suite d'une incompatibilité d'humeur prédémentielle.

Dr Marie,
Médecin des Asiles de la Seine,
Directeur
du Laboratoire de Psycho-Pathologie
à l'École des Hautes Études (Paris)
Asile de Villejuif (Seine).

X

M. le Dr Adam, directeur de l'Asile Saint-Georges, à Bourg, nous communique la lettre ci-dessous :

Saint-Georges, le 8 *mai* 1911.

A Monsieur le Directeur
de la *Gazette médicale de Paris*,

Vous me faites l'honneur de me demander mon avis sur « l'aliénation mentale cause de divorce ». Il est tout entier dans cette phrase de l'article de M. Maurice Viollette que vous m'adressez : « La maladie n'est pas l'exception, elle est « la règle : plaider qu'on se marie à la condition « que son conjoint ne sera jamais malade, où « qu'il ne subira que des affections passagères, « c'est soutenir un procès ridicule. Donc la ma- « ladie ne peut être une cause de divorce.

« Alors, et l'aliénation mentale?

« N'est-elle donc pas une maladie et, si oui, le « le procès se trouve jugé. »

Il n'y a pas, à mon avis, à chercher plus loin. Continuer l'argumentation, en y introduisant la donnée de l'aliénation mentale — maladie exceptionnelle — constitue une entorse à la logique dont les conséquences amènent l'auteur du projet de loi à restreindre ses conclusions en exceptant de cette aliénation mentale — maladie exceptionnelle — la démence sénile. Pourquoi? — Parce que, dit-il, aucune constitution ne peut se flatter d'en être indemne, et qu'elle rentre bien ainsi au même titre que la maladie dans le risque conjugal.

Mais osera-t-on prétendre qu'il est des constitutions absolument et sûrement indemnes à l'égard des autres formes d'aliénation mentale?

D'autre part, si les accidents rentrant dans le prétendu risque conjugal ne sauraient être invoqués comme cause de divorce, *quid* de l'adultère? Il est permis de supputer que le nombre des époux trompés égale au moins celui des époux atteints de démence sénile. Donc plus de divorce pour adultère, *risque essentiellement conjugal*.

Je ne parle pas des controverses que suscitera la question du diagnostic, ni de la fragilité du critérium qui présume incurable tout aliéné séquestré depuis trois ans. Il y aurait là une source inépuisable de discussions. Il est des aliénés incurables qui ne sont pas internés, et il en est qui, internés depuis trois ans ne sont pas fatalement incurables. Le premier effet de la loi serait de faire interner un certain nombre d'aliénés incurables mais inoffensifs, qui vivent en liberté et de rendre *légalement* incurables ceux dont l'internement remonte à trois ans.

Enfin, aux termes du projet de loi présenté par M. Colin, le divorce sera toujours réputé prononcé aux torts réciproques des deux époux. Juridiquement le divorce implique forcément des torts; mais il sera plaisant d'ouïr déclarer par jugement que l'époux défendeur en l'espèce a eu le *tort de tomber malade*.

Tout cela manque quelque peu de logique, et la théorie nouvelle du risque conjugal invoquée par l'époux demandeur est au moins originale. Si risque conjugal il y a, ce ne peut être, à mon avis qu'un « risque-tout » à moins de devenir un simple risque locatif.

Il y aurait bien d'autres considérations à faire, notamment sur les causes où l'aliénation mentale, sans être invoquée comme cause de divorce pourra en être l'occasion : par exemple, quand elle aura été dissimulée au moment du mariage, etc., etc. D'autres correspondants traiteront sans doute la question à d'autres points de vue; à vouloir dire ici tout ce que comporte le sujet, je courrais un autre risque, celui d'abeusr de votre hospitalité.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'assurance de mes sentiments confraternels les meilleurs.

Dr Adam,
Directeur-médecin de l'asile Saint-Georges,
à Bourg (Ain).

XI

M. le Dr Foveau de Courmelles, lauréat de l'Académie de médecine, licencié en droit, nous écrit :

Vous voulez bien m'interroger sur la folie cause de divorce. La question fut déjà posée au Congrès international féministe de 1900, dont vous trouveriez les échos dans *La Fronde* du 8 septembre 1900. Mme le Dr Edwards Pilliet et moi primes part aux débats. Mme Edwards Pilliet présenta la folie comme une maladie, laquelle ne donne pas le droit de désunir les époux. « Je reconnais cependant, ajoutait-elle, que dans les cas où la folie sera reconnue inguérissable, on devrait peut-être accepter le divorce, mais dans ce cas seulement. Mais quels sont les médecins qui pourront se prononcer sur les cas de folie inguérissables. Il y a des fous qui guérissent après bien des années. Et si aujourd'hui nous ne guérissons pas beaucoup de fous, il est certain qu'avec les progrès de la médecine, il y en aura plus tard un grand nombre qui guériront et vous pourrez être certain que lorsqu'un fou guéri reviendra chez lui et trouvera sa femme mariée avec un autre, ce sera pour lui la folie de nouveau revenue. »

Ces pensées de notre confrère femme étaient très applaudies par l'assemblée surtout féminine qui en entendait l'expression.

Et j'ajoutais, ce en quoi mon opinion n'a pas changé :

« J'appuie la proposition de mon honorable consœur Mme Edwards Pilliet... L'hérédité n'est pas absolument fatale, si elle est aujourd'hui une théorie scientifique, elle ne le sera peut-être plus demain, car elle commence à être combattue et il est à prévoir qu'elle le sera beaucoup plus dans l'avenir.

« Vous savez qu'on a dit qu'on ne naît pas pas tuberculeux, qu'on naît tuberculisable, c'est-à-dire prédisposé à la tuberculose.

« Pour la folie, c'est peut-être la même chose. Je connais des amis qui ont des parents fous, et je puis vous garantir que ces amis, bien qu'ils aient aujourd'hui une cinquantaine d'années n'ont encore jamais eu la moindre attaque de folie.

« La paralysie générale est, en somme, une sorte de folie. Eh bien, le Dr Régis, de Bordeaux, qui a étudié cette maladie pendant vingt-cinq ans, a démontré que les enfants même conçus au début de la maladie, c'est-à-dire lorsque la maladie est encore latente, n'ont nullement hérité de cette maladie.

« Ne faisons donc pas valoir cette raison d'hérédité qui n'est pas du tout démontrée.

« On a dit tout à l'heure que la folie, lorsqu'elle est causée par le libertinage, devrait être une cause générale de divorce. Mais c'est là l'exception. En général, la folie est causée par le travail excessif, par le surmenage. Ne faites donc pas de la folie une cause de divorce, parce que la folie est souvent occasionnée par un excès de travail, la plupart du temps de la part du père pour nourrir la famille. »

Si j'ai cité mon texte, en en supprimant les applaudissements à diverses reprises et qui prouvent la mentalité du milieu, ce n'est pas pour faire étalage d'érudition, mais pour reprendre mes arguments de 1900. On voit qu'on a invoqué la possibilité pour les fous de continuer leur race d'aliénés comme cause de divorce. Rien n'est moins démontré dans l'hérédité que celle de la folie, ou... du génie, proche parent, a-t-on dit.

Si la folie est causée par le libertinage, pas n'est besoin de l'invoquer pour obtenir le divorce la cause, injures et sévices graves, suffit à elle seule.

Et puis, où commence, où finit la folie? Que ferez-vous de ces êtres séduisants, de ces demi-fous chasseurs, captivants, recherchés, mais terribles dans leur intérieur. Ces êtres infiniment plus dangereux que les véritables aliénés, puisque ceux-ci sont enlevés à la circulation, sévissent et comment! sur la société contemporaine. Vous en rencontrez dans tous les domaines et la politique en renferme qui sont souvent restés à l'état de demi-fous inconnus on à peu près, et d'autres qui le devinrent totalement. D'autres grands savants ou littérateurs, sans excès autres que ceux du travail, du labeur, de la recherche, ont sombré irrémédiablement, véritables loques humaines.

Et ce sont ces êtres particulièrement intéressants — je parle des derniers, des travailleurs, victimes souvent de la frivolité du conjoint pour qui ils se sont surmenés — que vous voulez sacrifier. Ne sera-ce pas une sorte de prime au libertinage de l'autre qui, voyant les points faibles de sa victime, y appuiera encore, la poussera vers la démence.

Non, il y a bien assez de causes de divorce. Ne généralisons pas les cas de folie, mais pesons ceux-ci : n'attendons pas alors leur éclosion, ce sera plus digne si les injures faites au ménage antérieurement ne justifient pas suffisamment la dissolution du ménage, sans l'invoquer. La folie n'est qu'une maladie attristante, oh combien! mais moins répugnante que bien d'autres. Admettre la folie cause de divorce, aujourd'hui, c'est admettre toutes les maladies demain!

Garons-nous des fous quand ils sont dangereux, mais quand ils ne peuvent plus se défendre, pauvres êtres, ne les mettons pas hors les lois morales du mariage, toutes de protection, d'assistance et d'amour.

Dr Foveau de Courmelles,
Lauréat de l'Académie de Médecine,
Licencié en droit.

XII

M. le Dr Brunet, médecin directeur de l'Asile de Naugeat, Limoges, veut bien nous faire parvenir la note ci-jointe :

Limoges, le 8 *mai* 1911.

Monsieur et très honoré Confrère,

Vous me faites l'honneur de me demander

mon avis sur la question du divorce pour cause d'aliénation mentale.

Les motifs exposés dans le projet de M. Maurice Viollette me paraissent très suffisamment justifier le divorce dans le cas d'aliénation mentale incurable, et, pratiquement, chez l'immense majorité des malades, l'incurabilité existe après trois ans d'internement.

Peut-être objectera-t-on la douleur du conjoint aliéné, séparé définitivement, par le divorce, d'une personne pour laquelle il a conservé des sentiments d'affection. Ce sera, je crois, l'exception. En effet, chez ces aliénés incurables, les uns, qui ont versé dans la démence, n'ont plus de sentiments affectifs, les autres, délirants, ont souvent pris en haine leur conjoint. Un de mes malades, par exemple, persécuté-halluciné, a écrit à plusieurs reprises au président du Tribunal pour faire prononcer son divorce, pensant ainsi obtenir plus facilement sa sortie, l'inconduite supposée de sa femme étant, pour lui, la seule raison de son maintien à l'Asile.

Telles sont les réflexions que me suggère ma modeste expérience au sujet de cette importante question du divorce pour aliénation mentale.

Veuillez agréer, Monsieur et très honoré confrère, l'expression de mes sentiments les plus distingués.

Dr Brunet.
Médecin-directeur
de l'asile de Naugeat, Limoges.

XIII

M. L. Porlier, docteur en droit à la Faculté de Paris, nous adresse l'étude ci-jointe :

On propose de faire de l'aliénation mentale un nouveau cas de divorce et on nous engage, à ce sujet, à suivre l'exemple de la Bulgarie, de l'Equateur, du Portugal et de Monaco. On ajoute même qu'en Angleterre trois (spécialistes jurisconsultes ou médecins?) ont déclaré à une commission royale qu'ils étaient partisans du divorce pour cause d'aliénation mentale au bout de trois ans. Hâtons-nous de dire que ce serait commettre une singulière erreur que de vouloir appliquer à la France des déductions tirées de ce qui se passe en Angleterre en matière de divorce. Les conditions ne sont pas les mêmes : le divorce est infiniment plus rare en Angleterre qu'en France. En Angleterre, il est, vu sa très coûteuse procédure, le privilège d'une riche élite, si l'on peut dire. En France, il est à la portée de toutes les bourses et même de ceux qui n'en ont pas, grâce à l'Assistance judiciaire qui, avec profusion, en fait bénéficier les humbles. De plus, une fois la procédure entamée, l'obtention du divorce est beaucoup plus difficile en Angleterre qu'en France, le juge anglais n'admettant pas les moyens faciles, injures légères qualifiées graves pour la circonstance, etc., qui triomphent devant les tribunaux français. D'autre part, il est juste de dire que, si les exemples étrangers proposés ne semblent pas particulièrement convaincants pour entraîner un pays comme la France, deux monuments juridiques de premier ordre, la loi suisse de 1874 et le Code civil allemand de 1900, ont fait de la folie incurable un cas de divorce.

Quelques brèves remarques sur les motifs invoqués par l'auteur de la proposition s'imposent avant d'entrer dans le fond du débat.

D'après l'auteur, le bon sens le plus élémentaire suffit pour trancher la question : « La fidélité à un mort se conçoit, c'est la fidélité à un souvenir, à une affection. Mais comment garder la fidélité, même du cœur, à un aliéné enfermé qu'on sait incurable, alors que cet individu qui a été notre conjoint ne peut plus jamais être que fardeau pesant et source d'amertume. »

Qu'est-ce à dire? Etre enfermé, incurable, un fardeau pesant et une source d'amertume, voilà quel serait le nouveau cas de divorce? Il nous paraît hardi de déclarer l'aliéné plus mort qu'un défunt. La fidélité à un aliéné nous semble, au moins autant que celle à un mort, être la fidélité à un souvenir, à une affection. Pas plus que la mort, l'aliénation n'efface le passé. Il y a même la circonstance aggravante que cette fidélité peut se manifester par des actes, l'objet de l'affection passée ayant besoin de soins, de secours, de protection.

« Dans l'aliénation mentale incurable, le conjoint n'a même pas l'amère satisfaction de se dévouer, c'est bien pis que le cimetière à un certain point de vue puisque c'est la séparation d'avec un malheureux devenu dément ou délirant, et qui, dans ce dernier cas, souffre lui-même de la privation de sa liberté. »

Ainsi, le conjoint d'un aliéné souffre plus que le veuf ou la veuve, parce qu'il est affecté par les souffrances du malheureux interné. Mais invoquer cet argument en faveur du nouveau cas de divorce nous paraît une évolution un peu vive vers la morale de l'utilité égoïste. Ne reste-t-il pas, au contraire, pour le conjoint sain d'esprit, la possibilité d'atténuer, ne fût-ce que par des moyens pécuniaires, les souffrances de son conjoint, donc le devoir, sanctionné par l'art. 212 C. civ., de le faire, devoir que la rupture du lien conjugal ferait cesser, laissant sans ressources celui qui en avait le plus besoin.

« L'aliénation mentale est donc en soi une rupture de mariage, puisque l'individu avec lequel on a échangé le consentement a disparu irrévocablement »; « la caractéristique de l'aliénation mentale incurable, c'est la disparition, sans retour possible, et sans qu'il y ait coexistence avec la fin même de la vie, de la personnalité intellectuelle et morale ».

Donc l'incurabilité est le pivot du système. Retenons-le. Nous en tirerons d'utiles conséquences au point de vue de la responsabilité médicale et pour la solution du problème.

« Le consentement échangé au jour du mariage n'a pu envisager une aussi lamentable éventualité. »

Est-ce certain? Il y a de beaux dévouements. Il y a, surtout, des mariages d'intérêt. Combien de familles riches, dont la tare héréditaire est connue et dont, cependant, les membres se marient sans difficulté, avec des personnes en général moins fortunées il est vrai.

Abordons maintenant le fond de la question.

Le seul fondement sur lequel on puisse rationnellement faire reposer la doctrine de l'aliénation mentale cause de divorce est l'anéantissement de la personnalité : la conscience disparaissant, il n'y a plus identité de personne entre l'être intelligent et conscient antérieur à l'aliénation et le malheureux aliéné qui n'a gardé que l'apparence corporelle de ce qu'il était; par conséquent, l'état de mariage doit cesser, puisque l'une des deux personnes dont il supposait l'existence a disparu. A cette thèse, on peut faire maintes objections. Les juristes diront que l'absence d'intelligence ne supprime pas la personnalité juridique et n'empêche pas l'être humain d'être titulaire de droits; que l'enfant conçu, par exemple, dont la personnalité n'est pas plus affirmée que celle du fou incurable, a la plénitude des droits patrimoniaux et que, s'il naît viable, ne vécut-il que cinq minutes, il transmet ces droits à ses propres héritiers. Les matérialistes, qui n'admettent pas le dédoublement de l'homme en deux éléments, l'un corporel et l'autre spirituel, contesteront qu'il y ait disparition de la personne par suppression d'un élément constitutif qu'ils ne reconnaissent pas. Il n'y a pour eux qu'une maladie du cerveau. Donc, s'ils sont d'avis de donner une grande extension au devoir d'assistance, ils refuseront le divorce au conjoint de l'aliéné. Si, au contraire, ils veulent limiter ce devoir, ils admettront le divorce pour folie incurable, mais ils le demanderont également pour d'autres maladies incurables, la tuberculose, par exemple, source d'autant de dangers que la folie pour le conjoint et la descendance. Quant aux spiritualistes, ils soutiendront que, même après l'entière et définitive disparition de la conscience, de la raison et de la volonté, il subsiste un être humain capable de souffrir, que le devoir d'assistance de l'art. 212 C. civ. impose au conjoint de préserver la personne physique de son conjoint contre la souffrance physique et que ce devoir trouve son application en cas de folie.

Mais passons des principes à la pratique.

Supposons la folie incurable admise comme cas de divorce. Voilà un fou déclaré incurable d'après le système de la loi de 1838, c'est-à-dire par certificats médicaux. Le divorce est prononcé. Les hommes les plus savants, les plus consciencieux sont faillibles. *Quid* si les médecins se sont trompés? Si le malade guérit? Allez-vous mettre l'intérêt professionnel en conflit avec l'intérêt du malade? Les médecins devront-ils, lorsqu'un malade aura été classé par eux dans la catégorie *incurables* et, comme tel, aura été l'objet d'un jugement de divorce, s'abstenir de provoquer sa guérison? Singulier rôle donné par vous aux médecins. Et pourtant, s'ils ont le malheur de le guérir, quelle ne sera pas leur responsabilité! Le divorcé revenu à la raison les fera condamner à des dommages-intérêts pour avoir, en le déclarant incurable, été la cause de son divorce. D'après l'art. 301 C. civ. l'époux qui a obtenu le divorce peut se faire accorder sur les revenus de son conjoint une pension égale au tiers de ces revenus. L'aliéné guéri se fera rembourser par les médecins, auteurs des certificats erronés d'incurabilité, les arrérages qui auront été indûment prélevés sur ses revenus. Avec ce système, vous donnez au médecin, pour sauver son honneur professionnel et sa responsabilité pécuniaire, l'immorale obligation, contraire à sa mission, de ne pas sauver son malade.

Car il est bien entendu que l'on ne propose comme cas de divorce que la folie *incurable*. C'est l'incurabilité qui est la base du système. Tant qu'il y aura espoir de guérison le devoir d'assistance subsistera avec le lien conjugal. Il semble même, d'après les principes généraux, qu'il devrait s'imposer avec d'autant plus de force que la guérison sera plus difficile à obtenir. Il ira en augmentant avec les difficultés de la guérison, pour cesser brusquement lorsque, celle-ci étant reconnue impossible, le divorce sera prononcé. Ce système n'est pas très élégant. Quoi qu'il en soit, si le législateur se contente de dire que la folie incurable est un cas de divorce et fait dépendre ce cas uniquement de certificats médicaux, comme pour l'internement organisé par la loi de 1838, le Tribunal n'ayant qu'à prononcer automatiquement le divorce sur le vu du certificat médical, on prépare aux médecins de lourdes responsabilités civiles qui les font sortir de leur rôle.

Nous n'admettons pas ce système. Pour nous, l'homme de l'art qui, en son âme et conscience, a affirmé son opinion sur un malade, doit être exempt de toutes espèces de responsabilité. Les responsabilités légales, en pareil cas, doivent incomber à qui a pour mission d'assurer la légalité, c'est-à-dire aux tribunaux.

De plus, le système de la loi de 1838 ne donne que trop de facilités aux séquestrations arbitraires. « Là est le point faible de la loi, dit M. Planiol, l'éminent civiliste, professeur à la Faculté de Paris. Malgré son luxe de précautions, d'autorisations, de rapports et de visites administratives, en fait rien n'est plus facile que de faire enfermer dans une maison de fous une personne qui ne l'est pas du tout. » Que serait-ce si l'internement administratif pouvait être un moyen d'arriver au divorce!

Rappelons que la loi de 1838, qui était un progrès pour l'époque, mais qui aujourd'hui,

est reconnue très inférieure à sa tâche, a eu pour double but d'obtenir rapidement l'internement des aliénés et d'éviter aux familles la publicité des formalités de l'interdiction judiciaire. Ces deux nécessités n'existeraient pas en matière de divorce : l'aliéné est déjà interné, et si l'on ne craint pas la publicité d'un procès en divorce pour aliénation, on ne craindra pas davantage la publicité de la demande en interdiction. Or, l'interdiction est précédée de la réunion d'un conseil de famille, elle est prononcée par le Tribunal, auquel peuvent être soumis des rapports de médecins, peut-être décisifs en fait, mais qui, en droit, du moment qu'ils sont faits de bonne foi, n'engagent pas la responsabilité de leurs auteurs. Quand l'interdiction est prononcée, il est donné à l'interdit un secteur et un subrogé-tuteur. C'est un système de garanties et de protection efficaces.

Par conséquent si, malgré l'objection que l'on pourrait nous faire de bouleverser les principes établis en droit français en matière de divorce — chez nous le divorce suppose toujours une *faute* : adultère, sévices, injures graves, condamnations criminelles; il est toujours prononcé *contre* quelqu'un, l'un des époux ou tous les deux; il n'est pas encore admis pour un *fait* : consentement mutuel, incompatibilité d'humeur; — nous consentions, pour mettre fin à de pénibles situations sans espoir, et sous la garantie de mesures spéciales, destinées à protéger le patrimoine de l'aliéné contre les calculs intéressés, à faire d'un simple fait exempt de faute une cause de divorce, à l'infliger à un conjoint innocent, bref à admettre le nouveau cas de divorce proposé, nous ne l'admettrions que pour les *aliénés incurables interdits*. En outre, nous laisserions au Tribunal le soin de prononcer *l'incurabilité judiciaire*, simple présomption permettant d'obtenir le divorce, mais n'infligeant pas à l'aliéné un statut pathologique immuable et, surtout, laissant intacte la responsabilité civile des médecins consultés comme experts.

Mais, en bonne législation, une telle mesure, s'appliquant à des victimes exemptes de toute faute, ne serait justifiée que si elle était précédée de l'admission de l'alcoolisme comme cause de divorce. L'alcoolique est bien, en même temps qu'une source de dangers pour son conjoint et sa descendance, l'auteur coupable de sa dégradation. Ce cas de divorce ne devrait être, d'ailleurs, qu'un chapitre de *la déchéance des alcooliques*, qu'il convient d'organiser. Comme mesure préliminaire, l'Etat devrait cesser de favoriser le développement de la consommation alcoolique, ce qui lui serait facile, sans monopole ni privilège, par simples mesures fiscales et retrait des faveurs qu'il accorde aux débitants d'alcool. Car à quoi bon légiférer contre la folie, si l'on encourage ceux qui la produisent.

L. Porlier,
Docteur en Droit.

(*A suivre.*)

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Le traitement des dyspepsies, par M. le professeur Albert Robin (*Hôp. Beaujon*).

On peut classer les diverses dyspepsies en trois groupes :

1° Les *dyspepsies hypersthéniques*, qui sont la conséquence d'un hyperfonctionnement de l'estomac;

2° Les *dyspepsies hyposthéniques*, dues au ralentissement ou à la suppression de la fonction gastrique;

3° Les *fermentations gastriques*, qui se produisent dans un estomac fonctionnant mal sans qu'il y ait altération de l'organe.

Ces fermentations gastriques sont elles-mêmes primitives ou secondaires à l'hypersthénie ou à l'hyposthénie gastrique.

Quand elles sont primitives, elles provoquent du côté de l'estomac des troubles réactionnels; et très fréquemment alors, à des fermentations d'abord primitives succède de l'hypersthénie gastrique.

Cette classification au point de vue purement nosologique est passible des plus graves objections, mais, au point de vue pratique, son intérêt est certain. Du fait, en effet, de placer le malade dans l'une ou l'autre de ces catégories découle *le sens* du traitement : sédatif, stimulant ou évacuateur, suivant les cas.

Mais, pour le détail de ce traitement, d'autres conditions entrent en jeu :

a) L'étiologie;

b) Les dominances symptomatiques;

c) Le retentissement que les dyspepsies peuvent exercer à distance sur les autres organes ou sur les organes voisins;

d) Le mode réactionnel du malade vis-à-vis de sa maladie.

Ce sont ces différentes notions dont on a tenu compte chez les sept malades suivants :

I. — Voici d'abord une femme de quarante ans exerçant la profession de domestique. Elle est entrée à l'hôpital le 4 novembre dernier et en est sortie guérie le 24 novembre.

Son aspect était caractéristique: maigre, pâle, son teint était terreux, et, malgré son apparence de déchéance, son appétit, parfait. Mais elle avait peur de manger, car elle éprouvait, après les repas, des douleurs. Celles-ci ne suivaient pas immédiatement l'ingestion des aliments, mais elles apparaissaient vers trois ou quatre heures de l'après-midi. Elles consistaient en constrictions, tiraillements, crampes, en régurgitations acides, avec sensation de brûlure.

La malade avait quelquefois des vomituritions d'un liquide acide, qui la soulageaient. Ces crises douloureuses étaient plus fréquentes après le repas de midi qu'après celui du soir.

En général, la malade se couchait, s'endormait et vers minuit était réveillée par une sensation de chaleur, ou par une douleur du côté où elle était couchée. Cette douleur était calmée par l'ingestion d'un verre de lait ou d'un morceau de pain; et la crise se terminait par une éructation ou une vomiturition.

La malade alors se rendormait, mais le matin à son réveil elle était aussi fatiguée que quand elle s'était couchée le soir.

L'examen de l'estomac montrait une distension considérable de l'organe, avec clapotement perçu jusqu'à deux travers de doigt, au-dessous de l'ombilic. Il était douloureux à la pression.

Le foie était augmenté de volume et sensible. On notait de la coprostase cæcale et iliaque.

Il s'agissait, à n'en pas douter, de *dyspepsie hypersthénique*, avec une particularité dans le sens des irradiations douloureuses qui sont en général transfixiantes et qui chez la malade se faisaient vers l'épaule droite ou du côté du plexus lombaire. Dans tous les cas, ces douleurs étaient telles que la malade avait quitté son métier de cuisinière et ne comptait pas le reprendre.

Une seconde particularité était l'état de la langue qui était saburrale chez elle, tandis qu'en général, chez les hypersthéniques, elle est rouge, plus rouge que normalement.

Enfin, il y avait une odeur très fétide de l'haleine, ce qui fit superposer au diagnostic d'hypersthénie celui de *fermentations gastriques secondaires*.

L'analyse du chimisme stomacal confirma ce diagnostic.

HCl libre	=	1 gr. 50
HCl combiné	=	1 gramme
Acidité totale	=	2 gr. 50

au lieu de 1 gr. 30, 1 gr. 40 ou 1 gr. 50 normalement.

Les acides de fermentation étaient aussi en grande quantité (0 gr. 30).

On trouvait, en outre, de l'albumine coagulée par la chaleur; peu de syntonine, de propeptones et de peptones. La digestion des matières albuminoïdes était donc défectueuse, malgré l'abondance de l'HCl.

A une telle malade fallait-il donner le *traitement sédatif* ?

C'est-à-dire :

Teinture thébaïque	5 grammes
— de belladone	10 —
— de jusquiame	5 —
Ergotine Bonjean	2 —

Triturer au mortier et filtrer.

X gouttes dans un peu d'eau, dix minutes avant chacun des deux principaux repas.

Saturer, à la fin du repas, le contenu de l'estomac avec la poudre suivante :

Hydrate de magnésie	8 grammes
Carbonate de soude	8 —
Lactose	16 —
Carbonate de chaux précipité	16 —

A diviser en 24 paquets.

Un paquet après le petit déjeuner, le repas de midi et du soir.

Fallait-il saturer le contenu gastrique au moment de la grande crise d'hyperacidité, vers 3 heures, 4 heures de l'après-midi, avec :

Hydrate de magnésie	1 gr. 60
Bicarbonate de soude	1 gramme
Lactose	2 —
Sous-nitrate de bismuth	0 gr. 80
Craie préparée	0 gr. 80
Codéine	0 gr 005 à 0 gr 01

Délayer dans un peu d'eau et faire prendre au malade au moment de sa crise.

En prescrivant cette médication sédative, on ne remédiait pas aux fermentations gastriques qui aggravaient la dyspepsie dont était atteinte la malade, et il fallait les attaquer directement et immédiatement, car elles avaient le pas sur la maladie primitive.

Allait-on faire une médication antiseptique (naphtol, salol, etc.)? Peut-être, mais à doses suffisantes tout antiseptique est antipeptique, et ce n'était pas le cas, chez la malade où la peptonisation était défectueuse, de les employer.

On ne pouvait pas non plus les donner à petites doses, puisque Lepi-Spalanzani et, plus tard, Ch. Richet ont montré qu'à petites doses les antiseptiques augmentaient les fermentations.

Il y avait un moyen simple de soulager la malade, c'était d'évacuer le contenu de son estomac, puisqu'il y avait stagnation.

On lui prescrivit :

Ipéca	1 gr. 50

A diviser en trois paquets: à prendre dans un demi-verre d'eau à un quart d'heure d'intervalle.

Ce vomitif est préférable à cause de son action dynamique au lavage de l'estomac qui n'a qu'une action mécanique.

Dès le lendemain, la malade fut soulagée et on lui prescrivit alors le traitement sédatif dont nous avons indiqué les éléments.

Au bout de dix jours, elle sortait de l'hôpital en bon état physique et moral, disposée à reprendre ses occupations.

II. — La seconde malade est une femme de vingt-huit ans, femme de chambre, entrée à l'hôpital le 8 novembre.

Elle souffre de l'estomac depuis son enfance. A cinq ans, elle a présenté de la chlorose, puis ent, dit-elle, des hématémèses, si bien qu'en 1905 elle entrait dans un service de chirurgie où on lui fit une gastro-entérostomie.

En 1907, souffrant toujours, elle séjourne dans le service de M. Mathieu, et, en 1909, elle entre à Beaujon dans le service.

Contrairement à la précédente, elle n'est pas maigre, et tout en étant pâle, elle n'a pas, com-

me elle, le teint terreux. Chez elle, l'anorexie est complète et elle vomit tout ce qu'elle mange.

Son foie est normal.

Elle n'a pas de constipation, pas de crises gastriques. Elle éprouve seulement quelques vagues douleurs, quelques renvois.

L'examen de son chimisme stomacal donne les résultats suivants :

HCl libre	= 0 gr. 20
HCl combiné	= 0 gr. 30
Acides de fermentation exprimés en HCl	= 0 gr. 30

Il s'agit donc de *dyspepsie hyposthénique avec fermentations secondaires.*

L'indication serait ici de stimuler la fonction gastrique.

Pour cela, divers médicaments peuvent être employés :

La strychnine;

La teinture de noix vomique (XII gouttes) (nouveau Codex) avant le repas;

La teinture de fèves de Saint-Ignace (X gouttes);

Les gouttes amères de Beaumé;

L'élixir de Gendrin;

Ou encore la préparation suivante :

Sulfate de potasse	0 gr. 04
Azotate de potasse	0 gr. 04
Poudre d'ipéca	0 gr 01 à 0 gr 02
Carbonate de chaux précipité	0 gr. 10
Bicarbonate de soude	0 gr. 25

Mais il fallait d'abord calmer les vomissements et pour cela donner la solution suivante:

Picrotoxine	0 gr. 05
Chlorhydrate de morphine	0 gr. 05
Sulfate neutre d'atropine	0 gr. 01
Ergotine Yvon	1 gramme
Eau de laurier-cerise	12 —

V gouttes cinq minutes avant l'ingestion d'un aliment quelconque.

Si les vomissements ne s'arrêtent pas, mettre le malade au repos stomacal absolu.

On fut obligé de le faire chez la malade, dont les vomissements s'arrêtèrent, mais recommencèrent quand on tenta une reprise de l'alimentation.

C'est qu'il s'agissait, chez elle, vraisemblablement, d'un rétrécissement de la bouche stomacale faite par le chirurgien, et qu'elle était justiciable d'une nouvelle opération, celle-là plus utile que la première, mais qui ne serait pas à envisager si celle-ci n'avait pas été pratiquée.

III. — Dans la troisième observation, il s'agit encore d'une femme de vingt-deux ans, domestique, entrée dans le service le 16 novembre.

Elle n'a pas mauvaise apparence et n'éprouve pas de troubles dyspeptiques très accentués. Elle paraît avoir une sécrétion gastrique normale. Ce qui domine chez elle, ce sont des éructations constantes et une sensation de gonflement très pénible. Son sommeil est gêné par cette sensation et troublé par des rêves et des cauchemars. A son réveil, la malade se plaint de céphalalgie. Elle a, en outre, la langue sale, l'haleine fétide et de la constipation.

Il s'agit, chez elle, de *fermentations du type primitif*, qui, se prolongeant depuis un certain temps, la mettent à deux doigts de l'hypersthénie gastrique.

L'examen du chimisme gastrique donne les résultats suivants :

HCl libre	1 gramme
HCl combiné	1 gr. 80
Acides de fermentation	0 gr. 70

Les féculents et les matières albuminoïdes sont bien digérés.

Le traitement ici devra combattre tout d'abord les fermentations, qui, si on les laissait persister, conduiraient certainement la malade à l'hypersthénie.

On donnera à la malade un vomitif ou on lui fera des lavages de l'estomac, et, quand son estomac sera vidé, on évacuera le contenu de son intestin en lui administrant de l'huile de ricin; la guérison sera ainsi très vite obtenue.

IV. — Le quatrième malade est un charron âgé de cinquante-cinq ans, hypersthénique de vieille date (douze ans). Il a été, dans tout le premier stade de sa maladie, un type parfait d'hypersthénique avec les particularités suivantes : douleurs en broche, vomissements après les repas, ce qui n'est pas le fait des hypersthéniques qui vomissent peu et trois ou quatre heures après les repas.

L'ingestion des aliments au lieu de calmer ! douleur la provoquait. Il avait, en outre, trois ou quatre heures après les repas, des crises extrêmement douloureuses; des « souffrances atroces ». Quand il parvenait à évacuer le contenu de son estomac, il était soulagé.

C'étaient les caractères d'un *ulcère de l'estomac.* D'ailleurs, il eut récemment une hématémèse qui vint confirmer ce diagnostic.

Son chimisme stomacal est le suivant :

HCl libre	1 gr. 50
HCl combiné	1 gr. 20
Acides de fermentation exprimés en HCl	0 gr. 40
Acidité totale	3 gr. 10

Mauvaise digestion des matières albuminoïdes.

Beaucoup de syntonine, peu de propeptones et de peptones.

Bonne digestion des féculents.

Ici l'importance de l'ulcère de l'estomac compliquant l'hypersthénie gastrique l'emporte sur la maladie principale; et c'est lui que devra viser avant tout le traitement.

L'indication absolue est le repos de l'estomac. On saturera le contenu de l'estomac avec la poudre de saturation indiquée tout à l'heure.

On videra l'intestin avec un lavement. On nourrira le malade avec des lavements désaltérants et alimentaires. On donnera toutes les six heures un lavement de 300 centimètres cubes d'eau, puis l'heure suivante le lavement alimentaire suivant :

Deux œufs battus avec 100 centimètres cubes de glycose à 20 0/0 et deux cuillerées de peptones; on ajoutera 1 gramme de pepsine et III gouttes de laudanum (Nouveau Codex) et du bouillon en quantité suffisante pour faire 300 centimètres cubes.

On répétera ce lavement toutes les six heures.

Avec ce traitement, très rapidement la douleur se calme. Quand il n'existe plus de douleurs spontanées ni à la pression, quand le malade commence à s'affaiblir, on doit l'alimenter avec du lait.

On donnera, entre 7 heures du matin et 10 heures du soir, 100 grammes de lait très chaud toutes les trois heures par cuillerées à café.

Rien entre 10 heures du soir et 7 heures du matin.

On prescrit une poudre de saturation si le malade éprouve quelques douleurs à la suite de cette ingestion.

Au bout de quinze jours, trois semaines, quand on a atteint la quantité de 3 litres de lait, on reprend petit à petit une alimentation normale.

Dans le cas qui nous occupe, le malade fut mis douze jours au repos stomacal. En général, la durée de ce repos est de neuf jours. Mais, quelquefois, on est obligé de cesser plus tôt. On devra le faire, si la soif est inextinguible, si des lipothymies surviennent, quand la tension artérielle tombe au-dessous de 12, et la quantité des urines au-dessous de 400 centimètres cubes.

V. — La cinquième malade est une ménagère de cinquante-deux ans entrée à l'hôpital avec le diagnostic de cancer de l'estomac. En effet, elle a le teint jaune paille, un amaigrissement considérable; une anorexie presque complète; elle présente une tumeur, des douleurs et a eu des hématémèses.

Et pourtant ce diagnostic ne semble pas justifié. La malade est une très vieille dyspeptique qui a de très fréquentes crises d'hypersthénie, des vertiges stomacaux, des hématémèses, en un mot des symptômes d'hypersthénie gastrique ayant abouti à l'*ulcère simple de l'estomac.* La tumeur est douloureuse, le cancer ne l'est pas autant. C'est de plus une tumeur qui a l'apparence de boudin, parfaitement délimitable par dessus; on peut la soulever, c'est une tumeur qui siège dans l'épiploon, de la *périgastrite* consécutive à l'ulcère.

L'examen du chimisme stomacal donne les renseignements suivants :

HCl libre	0 gr. 00
HCl combiné	0 gr. 50
Acides de fermentation	0 gr. 40
Acidité totale	0 gr. 90

Digestion nulle des matières albuminoïdes.
Bonne digestion des féculents.

Ce chimisme gastrique, qui est bien celui du cancer, indique que la malade a fait de la gastrite chronique.

Il n'y a pas de traitement stimulant à faire, puisque les glandes gastriques n'existent plus.

Il faudra mettre la malade au régime lacté absolu, et, pour permettre la digestion facile du lait, on donnera, après son ingestion, de la pepsine.

On saturera le contenu stomacal dès que la malade éprouvera de la douleur. On fera de la révulsion au moyen de pointes de feu nombreuses, fines et superficielles (100 environ dans un espace grand comme une pièce de cinq francs).

Si par ces procédés on n'obtient rien, on pourra, dans l'hypothèse d'une syphilis gastrique possible, instituer le traitement antisyphilitique, en ayant soin de donner le mercure directement dans l'estomac.

On emploiera le sirop biioduré :

Iodure de mercure	0 gr. 20
Iodure de potassium	20 grammes
Eau distillée	20 —
Sirop de pensée sauvage	160 —
Sirop simple	200 —

Deux cuillerées à soupe par jour.

VI. — Le sixième cas est celui d'une femme de vingt-sept ans exerçant la profession de femme de chambre. Dyspeptique depuis très longtemps, elle éprouve des douleurs en broche, a des crises gastriques calmées par l'ingestion des aliments, et des vomissements acides deux fois par jour, qui la soulagent. Elle est constipée; son appétit est convenable. Elle est dans l'antichambre de l'ulcère de l'estomac. Mais ce qui est intéressant chez elle, c'est son teint jaune; elle a l'apparence d'une cholémique. Son estomac est distendu, son foie légèrement augmenté de volume.

Il faut attacher à la cholémie une grande importance et diriger le traitement contre elle.

On prescrira :

Bicarbonate de soude	8 grammes
Sulfate de soude	4 —
Phosphate de soude	3 —

Pour un paquet.

On variera la quantité de sulfate de soude et de phosphate de soude suivant que le malade est constipé (3 grammes) ou a de la diarrhée (2 grammes).

On fait fondre un de ces paquets dans un litre d'eau bouillie. Il se produit alors un trouble, qui forme, par le repos, un dépôt; on décante le liquide clair, et on donne de ce liquide :

60 grammes	au réveil
100 —	à midi
100 —	à 5 heures
100 —	au moment de se coucher

On le donne tiède et par petites gorgées.

Enfin on prescrit une poudre de saturation si le malade souffre.

Il y a une dizaine de jours que ce traitement a été institué chez la malade, et déjà une amélioration très sensible s'est produite.

VII. — Enfin la septième observation est celle d'un homme entré dans le service pour crises douloureuses dans le ventre.

Ces crises douloureuses sont de deux espèces :

1° Des douleurs épigastriques avec irradiations dans l'hypocondre droit et gauche, et vers l'épaule;

2° D'autres douleurs dans la fosse iliaque gauche, exaspérées par la palpation.

A son entrée, le malade se plaint des premières, qui surviennent par crises; quant aux secondes, elles sont très diminuées, le malade étant couché. Mais on sent dans la fosse iliaque gauche un boudin ayant les apparences d'une sigmoïdite et, en réalité, dû à une accumulation de matières fécales.

Quant aux crises gastriques, on en connut l'origine par l'examen du chimisme gastrique :

HCl libre	2 gr. 10
HCl combiné	2 gr. 10
Acides de fermentation	0 gr. 40

Donc hyperchlorhydrie.

Mais ces accidents ne remontent qu'à une quinzaine de jours, auparavant le malade était bien portant, puis il a rendu des vomissements très acides.

C'est un malade qui a fait une *crise d'hypersthénie aiguë* à l'occasion de constipation; la preuve c'est qu'après l'administration d'huile de ricin, toute douleur a disparu.

Il existe donc une forme aiguë de l'hypersthénie gastrique. Elle est presque toujours réflexe à des troubles antérieurs de l'intestin ou du foie. Le fait de la constipation provoque une sécrétion exagérée de l'estomac.

Par exemple, j'ai vu, avec M. Segond, une femme atteinte d'obstruction intestinale, qui, à partir de ce moment, a fait des crises gastriques avec vomissements acides.

Le réflexe peut partir du foie; par exemple, dans la colique hépatique, les crises gastriques sont quelquefois telles qu'elles masquent celle-ci complètement.

On voit donc, d'après les différents cas que nous venons de passer en revue, quel compte, au point de vue thérapeutique, il faut tenir des considérations étiologiques, symptomatiques et autres qui peuvent prendre le pas sur la maladie principale, et demandent à être tout d'abord traitées.

REVUE DE CHIRURGIE

De l'emploi de l'huile camphrée en chirurgie, par le Dr P. Baudet (de Toulouse).

Les propriétés que l'on a attribuées au camphre sont ni nombreuses et si variées qu'il est difficile d'établir, d'une manière précise, ses propriétés physiologiques et ses indications thérapeutiques. Ces divergences d'appréciations proviennent de la divergence des idées doctrinales qui ont fait du camphre soit un excitant, soit un antispasmodique, d'autres fois une panacée. Les opinions exclusives ont beaucoup contribué à rendre confuse l'histoire médicale du camphre et à en faire un véritable chaos.

L'action antiseptique du camphre a été souvent invoquée, c'est à ce titre que nous avons expérimenté ce médicament.

Depuis deux ans, nous employons l'huile camphrée pour lutter contre les grandes infections chirurgicales. L'originalité de la méthode dont nous nous occupons consiste dans l'élévation de la dose de camphre employée. Nous attirons l'attention sur ce procédé qui nous a donné d'excellents résultats : l'injection sous-cutanée de grandes doses d'huile camphrée, deux fois par jour, pendant toute la durée de la période critique d'un shock post-opératoire ou d'une infection chirurgicale.

Le camphre est employé depuis très longtemps pour lutter contre la faiblesse du cœur et il est d'usage courant, dans les formes adynamiques des maladies infectieuses, de pratiquer quelques piqûres d'huile camphrée. En général, on injecte deux ou trois fois par jour 1 centimètre cube d'huile camphrée à 10 p. 100, soit 20 à 30 centigrammes de camphre. A pareilles doses, le camphre est employé et agit comme stimulant cardiaque, mais nous croyons qu'il faut lui attribuer, quand il est administré à dose massive, un rôle antitoxique.

Matin et soir, aux malades qui nous paraissent relever de cette thérapeutique, nous injectons 20 centimètres cubes d'huile camphrée, et cela pendant plusieurs jours, cinq jours, huit jours, si cela est nécessaire.

Dans certains cas d'infection très grave par septicimie péritonéale avancée, nous avons même augmenté ces doses et nous avons injecté, matin et soir, 50 centimètres cubes d'huile camphrée, c'est-à-dire 100 grammes d'huile camphrée dans les vingt-quatre heures, liquide contenant 10 grammes de camphre pur.

Couramment, nous employons la dose de 20 centimètres cubes d'huile camphrée pour une seule injection.

Pour pratiquer ces injections, la seringue de 20 centimètres cubes de Roux est de tous points parfaite, surtout ce modèle de seringue qui porte deux petites tiges transversales, adaptées au corps de pompe, tiges qui permettront aux doigts de prendre un solide point d'appui sur elles. Une injection d'huile camphrée est, en effet, chose assez pénible à faire, car le peu de fluidité de ce liquide en rend l'écoulement difficile dans le conduit étroit qu'est l'aiguille de Pravaz. Il faut donc presser, et très fort, sur le piston, pour faire pénétrer l'huile sous les téguments.

L'huile camphrée que nous employons est préparée classiquement, et voici sur sa préparation, la note que nous devons à l'amabilité de M. Valdiguier, le distingué pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu :

« L'huile d'olive servant à la préparation de l'huile camphrée doit être lavée à l'alcool afin de lui enlever la plus grande quantité des acides libres qu'elle contient : 1 kilogramme d'huile d'olive est mélangé à 300 grammes d'alcool à 59° ; après agitations répétées, on laisse reposer vingt-quatre heures, on décante. L'opération est recommencée trois fois, avec chaque fois 300 grammes d'alcool à 95°. L'huile provenant du quatrième lavage est chauffée, avec précautions, au bain de sable pour éliminer toutes traces d'alcool. On a ainsi l'huile lavée. Elle sert à préparer l'huile camphrée, d'après le Codex (Codex 1908, p. 548) :

Camphre	100 grammes
Huile d'olive lavée	900 —

« Après dissolution du camphre, l'huile est filtrée. Ainsi obtenue, l'huile camphrée est mise sous la cloche à vide, en ampoules de 10 à 20 centimètres cubes qui sont stérilisées à l'autoclave. Chaque ampoule contient donc 1 ou 2 grammes de camphre. »

C'est de l'huile ainsi préparée que nous avons employée à doses massives. Cette méthode nous a donné des résultats surprenants, de vraies résurrections, pourrions-nous presque dire, chez des malades gravement infectés et dont l'état paraissait désespéré. Ces guérisons inattendues doivent, à notre avis, être attribuées à l'action antitoxique du camphre.

Nous n'avons jamais remarqué chez nos malades le moindre trouble, même minime, et pourtant nous avons injecté jusqu'à 100 grammes d'huile dans les vingt-quatre heures, et cela pendant plusieurs jours consécutifs.

La tolérance envers ces formidables doses de camphre est remarquable, nous n'avons jamais observé d'indice d'intoxication. L'innocuité de la méthode peut donc être nettement affirmée.

Chez presque tous nos malades ainsi traités, nous avons remarqué que l'haleine prend une odeur de camphre quelques heures après l'injection, ce qui témoignerait en faveur de l'élimination du camphre par les poumons. Pour Seibert, en effet, le camphre absorbé ne pénétrerait que peu à peu dans la circulation et s'éliminerait au fur et à mesure par la respiration. Nous avons fait la même remarque après avoir vainement essayé de déceler la présence du camphre ou de ses dérivés dans l'urine des malades injectés.

Cette élimination rapide par les poumons démontre, à notre avis, le grand intérêt qu'il y a à employer des doses massives pour lutter contre cette élimination et assurer l'absorption du camphre et, partant, ses effets pendant plusieurs heures. (*Province médicale.*)

CARNET DU PRATICIEN

Bromidrose

Il arrive fréquemment, pour l'hyperidrose des aisselles et surtout des pieds, que la sueur exhale une odeur fétide, due à la formation d'acides gras volatils (acides valérianique, butyrique), peut-être aussi à la présence d'un microorganisme spécial, le bacterium fœtidum de Thin.

Le traitement de ces hyperidroses fétides sera le même que celui de toutes les hyperidroses. Cependant, les soins de propreté seront ici particulièrement rigoureux et on aura recours à quelques préparations destinées à diminuer ou même supprimer la fétidité de la sécrétion sudorale.

Le professeur Gaucher conseille les bains de pieds avec une solution de borax à 20 grammes par litre, additionnée d'une cuillerée de teinture de benjoin. On recommandera, outre les lotions formolées, les lavages avec la liqueur de Labarraque coupée au tiers ou au quart, les frictions à l'alcool camphré.

Tshappe donne la formule d'une lotion qui lui aurait donné de bons résultats :

Naphtol	1 à 3 gr.
Essence de thym	3 à 5 —
Acide phosphoreux	5 à 7 —
Sulfate de cuivre	150 —
Sulfate de zinc	450 —
Sulfate de fer	450 —
Eau distillée	2.500 —

Quant aux poudres, Thin donne la préférence à l'acide borique, qui aurait, selon lui, une action spéciale sur le bacterium fœtidum.

Audry recommande un mélange à parties égales d'acide borique et d'amidon ou de sous-nitrate de bismuth.

La poudre suivante donne aussi de bons résultats :

Acide salicylique	5 parties
Alun pulvérisé	45 —

Gorodtzew indique un moyen qui lui aurait toujours réussi chez les soldats. Frotter à sec avec un morceau de savon de cuisine les parties atteintes, de façon à ce que la peau se recouvre d'une couche uniforme de savon. Répéter d'abord tous les jours, puis à intervalles de plus en plus prolongés.

Merz donne la préférence à la poudre de tannoforme, le soir au coucher, après lotion.

Dr Fouquet.

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 17.500 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 33, rue J.-J. Rousseau

Le Gérant : Docteur Lucien Graux.

REVUE FINANCIÈRE

La Bourse est restée sans modifications sensibles cette semaine. Les valeurs se retrouvent à des cours analogues à ceux de la semaine précédente.

Les chemins de fer rencontrent de nombreux acheteurs. La confiance renait. Le Nord est sans variation à 1.620; le Lyon s'est relevé de 1.172 à 1.186, l'Orléans de 1.244 à 1.245, le Midi de 1.041 à 1.043, l'Est de 882 à 887, l'Ouest de 927 à 930.

Les fonds russes ont été très animés.

Les banques sont stationnaires.

Valeurs intéressantes : Lonely, Sucreries d'Egypte (privil.). Motor Cab (préf.).

L'action privilégiée des Sucreries d'Egypte reste à 80 francs. Les renseignements fournis à l'Assemblée des obligataires concernant l'avenir de l'affaire, sont encourageants. D'après la dernière statistique, le total des stocks de sucres visibles dans le monde s'élève à 3.243.991 tonnes, contre 2.956.482 tonnes l'année dernière. Dans ce total, les stocks européens entrent pour 2.686.491 tonnes contre 2.193.912 tonnes en 1910; c'est donc une augmentation de 492.579 tonnes cette année sur la précédente.

A. S. WEIL.

CHEMINS DE FER ET TRAMWAYS ÉLECTRIQUES DES Basses-Pyrénées et Pays Basques

Cette entreprise a été constituée le 21 mars 1910 au capital de 10 millions de francs, représenté par 12.000 actions de capital dites « privilégiées » de 250 francs chacune et 70.000 actions de capital de 100 francs chacune. Il a été en outre créé 70.000 parts de fondateurs sans désignation de valeur, et la Société met en vente, par l'intermédiaire du Crédit Foncier d'Algérie et de Tunisie, 9.000 obligations 5 0/0 de 50 francs, échéances 1er février et 1er août de chaque année, remboursables à 500 francs en une période de 50 années à partir de 1910. La Société se réserve le droit d'anticiper le remboursement.

Elle possède, grâce aux actions qu'elle détient en portefeuille et à des concessions qui lui ont été directement accordées, un réseau important de voies ferrées : en France dans le département des Basses-Pyrénées, et en Espagne, dans le Nord-Ouest de la Péninsule Ibérique.

Le produit de l'émission des obligations est destiné à l'acquisition des actions des Sociétés Françaises de Chemins de fer Pau-Oloron-Mauléon, Tramways de Bayonne à Biarritz et la majorité de celles du Chemin de fer de Bayonne-Anglet-Biarritz.

Grâce à cette opération, le réseau, d'une étendue de plus de 245 kilomètres, en plein rendement et susceptible d'une productivité plus grande encore dans l'avenir, va se trouver placé sous le contrôle des *Chemins de fer et Tramways électriques des Basses-Pyrénées et des Pays Basques.*

Le réseau dit « Espagnol » comprend la concession de Tolosa à l'entrée de St-Sébastien, l'usage de la ligne de St-Sébastien à Renteria par Passages (ligne exploitée par la Société des Tramways de St-Sébastien), la concession de Renteria à Hendaye, et enfin la concession des Tramways à chevaux d'Irun à Fontarabie.

Il convient de remarquer que ces différentes concessions en Espagne forment un ensemble qu'il sera possible d'exploiter sans changement de voitures, grâce à une convention passée avec les Tramways de St-Sébastien.

Un simple coup d'œil jeté sur la carte permet de se faire une idée des résultats que peuvent donner une exploitation de chemins de fer et tramways dans une telle région.

La ligne exclusivement côtière qui s'étend et s'étendra de Biarritz à St-Sébastien dessert toutes les stations et plages sur 50 kilomètres et traverse tour à tour Biarritz, Bidart, Guéthary, St-Jean-de-Luz, Hendaye-Plage, Hendaye-Ville, Fontarabie, Irun, Oyarsun, Renteria, le Port de Passages et St-Sébastien.

Il manquait à ces localités un trait d'union capable de former un tout de ces diverses parties vivant de la même vie et désireuses d'assurer à leurs hôtes, amateurs d'excursions et de promenades, le maximum de commodité.

Ce lien étroit entre villes et plages françaises et espagnoles, les tramways électriques le constitueront et la seule énumération des stations desservies suffit à montrer quelle extension pourra prendre le trafic de la Compagnie.

Notons que, dès à présent, Bayonne est reliée à Biarritz par une ligne en exploitation et que, depuis Hendaye, la ligne se prolonge en Espagne, jusqu'à Tolosa.

Avec cette dernière partie du réseau, nous quittons les stations balnéaires et les plages à la mode pour entrer dans la région industrielle des usines et des manufactures.

On estime à 358.000 le chiffre des habitants qui seront appelés à bénéficier de ces lignes, et le mouvement annuel des voyageurs et des excursionnistes, si l'on se base sur les statistiques de l'an dernier, est évalué à plus de 7 millions.

Nous voyons donc que ce réseau est incontestablement assuré d'un trafic considérable.

Arrivons maintenant au réseau exclusivement français des chemins de fer de Pau-Oloron-Mauléon. Ce groupe comprend les lignes de : Oloron à Mauléon, Oloron à Sauveterre, Pau à Pontacq, Pau à Mohein, Pau à Lembaye, Pau à Carlin et Aire. En outre, la ligne de Pau à Pontacq sera prolongée jusqu'à Lourdes qui se trouve à 12 kilomètres de Pontacq. Ce prolongement et d'autres des lignes de ce réseau, d'une longueur totale de 70 kil. font l'objet d'actives négociations avec le département.

Il est inutile d'insister sur l'extension que donnera au trafic de ces lignes le prolongement vers Lourdes, la ville aux pèlerinages, qui se trouvera ainsi reliée avec Pau et toutes les localités voisines.

Ajoutons que la mise en exploitation de ces lignes est relativement nouvelle puisqu'elle ne date que de 10 ans et que les concessions ne prennent fin qu'en 1973.

Les entreprises placées sous le contrôle de la Société ont produit en 1910 une recette de 1 million 235.486 fr. 60. Les bénéfices actuels de l'exploitation assurent la charge des intérêts annuels des obligations qui est de 225.000 francs.

Les deux Sociétés françaises de Chemins de fer Pau-Oloron-Mauléon, tramways de Bayonne à Biarritz, et chemin de fer de Bayonne-Anglet-Biarritz ont réalisé pendant l'exercice 1910 un bénéfice à répartir de 230.000 francs. Et l'on estime que ces bénéfices seront considérablement augmentés par suite de la centralisation des frais généraux, de l'électrification de la ligne Bayonne à Biarritz et de l'électrification éventuelle de Bayonne-Anglet-Biarritz.

Les études faites par des Ingénieurs compétents estiment que les bénéfices nets dépasseront une somme de 950.000 francs. Le service des obligations exigeant, comme nous l'avons dit plus haut, un décaissement annuel de 225.000 francs, il reste donc une somme de 725.000 francs.

Sur les bénéfices nets, il est prélevé annuellement et dans l'ordre suivant :

5 0/0 pour la dotation de la réserve légale, ce prélèvement cesse d'être obligatoire quand le trafic atteint le dixième du capital social;

La somme nécessaire pour attribuer aux actions de capital dites « privilégiées », à titre de premier dividende 5 0/0 sur le montant dont elles sont appelées et libérées;

La somme nécessaire pour attribuer aux actions de capital primitif, à titre de premier dividende, 5 0/0 sur le montant dont elles sont appelées et libérées;

1 0/0 pour chacun des Administrateurs et 1/3 pour chacun des commissaires.

Le solde, à répartir, par titre indistinctement, sera distribué : 30 0/0 aux actions de capital et aux actions de capital dites « privilégiées », 70 0/0 aux parts de fondateur, à moins que l'assemblée générale, sur la proposition du Conseil d'administration, ne décide d'affecter tout ou partie dudit solde à la constitution du fonds de prévision extraordinaire.

Dans ces conditions, on voit que le dividende des actions privilégiées de cette Société est largement assuré, puisque, déduction faite de la charge obligataire, il reste sur les bénéfices nets une somme disponible de 725.000 francs; or, le dividende statutaire de 5 0/0 n'exige qu'un décaissement de 150,000 francs pour les 12.000 actions privilégiées; il paraît très possible qu'une partie tout au moins, sinon la totalité, des 30 0/0 à répartir sur le solde, sera effectivement distribué.

Ajoutons que les actions privilégiées seront introduites dans les premiers jours de juin à la Bourse de Paris.

Un intérêt intercalaire de 4 0/0 a été prévu pour ces actions pendant les deux ans qui suivent la création du titre, délai qui paraît logiquement suffisant pour l'achèvement des nouveaux travaux.

Il convient de remarquer que la Société ayant été constituée en mars 1910, et le premier exercice prenant fin en décembre 1911, ce dividende sera acquis au bout de sept mois seulement, car le titre se vend coupon n° 1 de 10 francs attaché.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

La tuberculose par arthritisme, par le Dr P. CARTON, ancien interne des Hôpitaux de Paris, médecin adjoint du sanatorium de l'Assistance publique à Brevannes. — 1 vol. gr. in-8° de 628 pages avec 26 figures (Maloine).

Ce livre, qui vient à son heure après la faillite de la diététique suralimentaire chez les tuberculeux, et les hésitations sur le traitement rationnel qu'il convient d'appliquer à ces malades, nous paraît destiné à entraîner un remaniement profond dans la conception actuelle du fléau tuberculeux et surtout un changement de front, une révolution complète même dans la thérapeutique qu'on doit lui opposer. Cet ouvrage mérite d'autant plus de retenir l'attention, qu'il est le fruit de dix années de pratique antituberculeuse de l'auteur, dont quatre années passées au sanatorium de Brévannes, et que sa lecture dénote un travail de longue haleine et un enchaînement des faits rigoureux qui en interdisait le morcellement par des publications partielles prématurées. On y sent, à chaque pas, un souci de ne rien avancer qui ne soit solidement étayé et une méfiance systématique de toute conception théorique, de tout exposé *a priori*. Les idées très personnelles y foisonnent et sont construites, déduites, augmentées uniquement à l'aide de faits cliniques qui parlent au bon sens et à la raison. C'est dire l'impression de réelle solidité qui se dégage de l'ensemble de ce travail et sa portée éminemment pratique qui le fera apprécier par tous les médecins praticiens.

Construit avec méthode et clarté, écrit dans un style vivant et précis, ce volume est divisé en trois parties. En premier lieu, l'auteur démontre que dans la question de la tuberculose, l'affaiblissement du terrain, de l'organisme est tout et que le bacille de Koch, qui n'est guère qu'un saprophyte ne se fixe que sur des organismes défaillants et n'achève que ceux qui sont près de succomber. Aussi doit-on viser à relever les résistances organiques, bien plus qu'à combattre directement le bacille vis-à-vis duquel on est manifestement désarmé. De toutes les tares qui abattent les forces de résistance, la plus fréquente est la tare digestive, provoquée invariablement par l'alimentation excessive et antiphysiologique d'aujourd'hui. Cette tare n'est autre que la diathèse arthritique dont les conditions d'apparition, les petites manifestations sont reprises et présentées sous un aspect tout nouveau. Les rapports de l'arthritisme avec la tuberculose sont exposés ensuite et c'est avec une netteté très convaincante qu'est démontrée l'erreur classique qui proclame l'antagonisme des lésions arthritiques et de l'infection tuberculeuse. Car la clinique enseigne que tous les tuberculeux, plusieurs années avant de donner prise au bacille, ont souffert de troubles digestifs arthritiques (congestion du foie, ictère, gastrite, entérite, appendicite, etc.), qui ont précédé et préparé l'éclosion de la maladie.

L'arthritisme, intoxication humorale hyperacide, qui corrode les tissus compacts, déminéralise les cellules organiques, abaisse l'alcalinité protectrice du sang, est la cause provocatrice réelle de l'infection tuberculeuse et de la déminéralisation des phtisiques.

La seconde partie confirme cette étiologie, par l'étude d'un syndrome d'hyposystolie par réflexe hépatique qui prédispose à la localisation pulmonaire droite. Vient ensuite la description clinique très personnelle des formes hémoptoïques et de la spléno-pneumonie.

La troisième partie est la plus étendue et la plus intéressante. Elle pourrait s'intituler traité de thérapeutique alimentaire et de physiothérapie. Les échanges nutritifs du tuberculeux, la suralimentation et la zomothérapie, les régimes carnés, végétariens, végétaliens, les effets cliniques de chaque aliment, l'anaphylaxie alimentaire, le traitement de Ferrier et enfin un régime nouveau de désintoxication y sont traités avec une clarté et une minutie remarquables. Pour terminer, d'intéressants chapitres résument les connaissances acquises et la pratique de l'auteur sur l'aérothérapie, l'héliothérapie, la culture physique et montrent la place que ces diverses méthodes devraient occuper dans la cure sanatoriale. Appuyée de nombreuses observations, courbes de température et figures, cette étude thérapeutique ne se borne pas à une énumération ou à une compilation de tous les traitements préconisés jusqu'à ce jour, mais ne décrit et ne recommande après discussion que les moyens médicamenteux ou diététiques capables de donner des résultats curatifs certains et rapides.

Les questions de régime alimentaire y sont traitées, entre autres, avec un luxe de détails et d'indications pratiques qu'on n'a jamais atteint jusqu'ici. Chaque catégorie d'aliments a ses indications et ses contreindications établies uniquement sur l'expérimentation clinique, sur les effets favorables ou nocifs qu'elle engendre sur les foyers tuberculeux et non plus d'après les calculs théoriques de rendements calorimétriques et énergétiques si discutables. La diététique ainsi dirigée fournit une série de cures de désintoxication, graduées selon la gravité des cas, qui suffisent à procurer à elles seules des reviviscences organiques et des régénérescences des forces défensives naturelles si flagrantes qu'elles laissent inemployées, le plus souvent, les habituels médicaments antituberculeux.

Cette longue partie thérapeutique s'élève à chaque instant aux idées générales, ce qui fait que malgré son titre spécial, ce livre est indispensable à tout médecin qui veut s'efforcer d'asseoir sur des bases vraiment rationnelles la diététique des maladies les plus courantes.

82e Année (Série XIIIe) — N° 97 | Le Numéro : 25 Centimes | Mercredi 7 Juin 1911

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
9, Rue Denis-Poisson, PARIS
TÉLÉPHONE : 573-40

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale........ 15 fr.
Edition Espagnole .... 10 fr.
Edition Portugaise.... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

DIRECTEUR :
Dr LUCIEN GRAUX
Lauréat de l'Institut

Hors concours, Membre du Jury
Exposition franco-britannique 1908
Vice-Prés. Expos. Bruxelles Cl. 16

Ancienne *Gazette de Santé*
(139e Année)

ÉCHOS

Chirurgiens et médecins des hôpitaux et hospices de Paris.

Le concours pour deux places vacantes de chirurgien des hôpitaux et hospices de Paris s'est terminé samedi dernier par la nomination de MM. les docteurs Grégoire et Desjardins.

La médecine aux États-Unis

La *Revue* publie un intéressant article d'où nous extrayons l'entrefilet suivant dont nous lui laissons l'entière responsabilité.

« Le Dr Arthur Bevan, professeur de chirurgie à l'Université de Chicago, chargé officiellement de faire un rapport sur les écoles médicales des Etats-Unis, écrit : « J'aurais voulu que tout le monde fût « témoin de la farce qui s'y joue sous prétexte d'en- « seignement ; pas de laboratoires, pas de maîtres « capables, tous étant mal payés ; pas de dispensaires, « pas d'hôpitaux ; des leçons pour rire, des élèves qui « ne savent rien en dehors de leurs résumés et « mémentos, qu'ils n'ouvrent guère, des thèses « bâclées par le professeur lui-même qui y trouve un « appoint à son maigre salaire »

« Le Dr Bevan ajoute : « Il y a aux Etats-Unis plus « de médecins qu'il n'en faut (1 pour 800 habitants) « et il y en a trop peu de capables. Il y eut un temps, « je parle d'il y a trente ans, où un médecin était « diplômé au bout de deux ans, après avoir suivi « quelques conférences didactiques. Aujourd'hui, les « connaissances médicales nécessaires avant la pra- « tique professionnelle réclament une préparation « plus longue et de sérieux travaux de laboratoire « et d'hôpital. »

Au quartier latin.

Comœdia racontait dernièrement l'amusante anecdote suivante :

Le fils d'un auteur dramatique, qui habite la campagne, est venu terminer seul ses études à Paris. Son père, qui a su s'y amuser autrefois, lui demande simplement, sans contrôler sa vie, de lui envoyer tous les mois la liste de ses frais.

— Il y a pourtant, objecte le jeune homme, des dépenses personnelles que je ne puis inscrire sans te manquer de respect.

— Eh bien, répond le père, tu mettras tout simplement le mot « Chasse » avec le chiffre.

Et le voilà parti.

A la fin du premier mois, le taux de « Chasse » fut raisonnable. Le deuxième, il augmenta. Le troisième, il devint exagéré. Le vieil auteur allait faire à son rejeton des remontrances paternelles, lorsqu'il fut très étonné, le quatrième mois, de ne point trouver sur la note l'article incriminé. Rien non plus le cinquième, ni le sixième. Il s'inquiétait à nouveau, lorsqu'il trouva, à la fin du septième mois, les mots suivants :

« Armurier : 200 francs. »

L'hospitalisation d'un indigent et son médecin !

Voici la curieuse et instructive anecdote que l'on raconte en ce moment.

Le Dr Denarié, de Chambéry, remet à un indigent de cette ville un certificat médical destiné à faciliter son admission à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Le malade est examiné par l'interne de garde de cet hôpital, puis admis par le bureau des entrées, probablement par erreur, car il n'avait pas d'engagement du maire de Chambéry prenant en charge les frais d'hospitalisation.

Et alors se passe cette chose invraisemblable que l'Administration des Hospices de Lyon, ne pouvant obtenir le paiement de ces frais du malade insolvable, de la municipalité de Chambéry s'y refusant, les réclame... au Dr Denarié !

On croit rêver en apprenant cela ! et cependant la lettre adressée à notre confrère par M. Caillemer, ancien doyen de la Faculté de droit de Lyon, président du conseil d'administration des Hospices civils de Lyon, est libellée de cette façon comminatoire :

ADMINISTRATION CENTRALE	Hospices civils de Lyon
Passage de l'Hôtel-Dieu nº 56	Conseil général d'administration
BUREAU FRAIS D'HOSPITALISATION	
X... *de Chambéry*.	

EXPOSÉ DES FAITS RÉSUMÉS CI-DESSOUS

« La commission du contentieux de mon administration, appelée à examiner cette situation dans sa séance du 29 octobre dernier, a estimé que les frais d'hospitalisation du malade X. ne pouvaient légalement rester à la charge des hospices de Lyon et que, à défaut de remboursement par la famille ou par la ville de Chambéry, il appartenait au médecin qui avait ordonné le transfert du malade à l'Hôtel-Dieu d'assurer le paiement de la dépense.

« En conséquence, j'ai l'honneur de vous demander, Monsieur le Docteur, de vouloir bien user de votre influence pour que les frais d'hospitalisation du sieur X., que vous avez dirigé sur nos hôpitaux, soient remboursés à mon administration par la famille du malade ou par la ville de Chambéry. A leur défaut, il vous appartiendra d'en effectuer vous-même le règlement.

« Il est dû : 82 journées à 5 francs : 410 francs.

« Je dois vous faire connaître que le prix de journée des malades traités dans nos services de chirurgie aux frais des familles et des particuliers est de 5 francs. Ce prix est de 3 fr. 85 lorsque les frais d'hospitalisation sont pris en charge par les communes. »

Le sans-gêne avec lequel l'Administration des Hospices de Lyon traite parfois le corps médical hospitalier est légendaire, mais user des mêmes procédés vis-à-vis d'un médecin d'une autre ville, qui n'est en aucune façon sous sa dépendance, et lui demander 410 francs parce que sa signature figure au bas d'un certificat *strictement médical* destiné simplement à faciliter l'examen de l'interne de garde et parce qu'un rond-de-cuir appointé par ladite administration a commis la bévue de ne pas réclamer au malade les pièces exigibles pour son admission, cela dépasse vraiment la mesure.

Et le *Concours médical* indique exactement au Dr Denarié la ligne de conduite à suivre en lui conseillant « d'envoyer purement et simplement promener l'Administration des Hospices civils de Lyon et de ne pas s'inquiéter de menaces que cette administration sait bien, elle-même, n'avoir aucune valeur juridique ».

Une Expérience sur un Criminel.

L'Intermédiaire des Chercheurs et des Curieux (1908, nº 1172, p. 216) publie une pièce manuscrite de la Bibliothèque Nationale (Ms. fr. 17183 nº 321), qui a trait à une *laparotomie exploratrice*, faite, en 1475, sur un prisonnier destiné à être pendu et étranglé au gibet de Montfaucon.

Les médecins du roi demandèrent à lui ouvrir le ventre, pour voir *quelles lésions* il présentait, parce qu'il avait jadis eu « malladie de costé, pierre, colique, passion, etc. » — On fit la laparotomie.

« Laquelle ouverture et *incision fut faicte* et dedans icel uy pris et regardé... Et après qu'ils eurent été vues, *fut recousu* et ses *entrailles remises dedans*. Et fut par l'ordonnance du Roy, faict très bien panser et tellement que, dedans xv jours après, *il fut bien guéry* et eult rémission de ses cas, sans despens, et cy lui fut donné avecque argent. »

LES INDICATIONS RESPECTIVES

DES

Méthodes physiques et Interventions chirurgicales

DANS LE

Pied plat valgus douloureux

Par le Dr Louis MENCIÈRE, de Reims

Chirurgien de la Clinique de Chirurgie orthopédique

Le pied plat valgus douloureux, *tarsalgie des adolescents*, ne doit pas être confondu avec le pied plat congénital, le pied plat rachitique des jeunes enfants, le pied plat valgus paralytique, suite de poliomyélite, le pied plat tuberculeux proprement dit. Il constitue une affection cliniquement bien définie.

La pathogénie du pied plat valgus douloureux doit servir de base aux indications thérapeutiques.

Et comment n'appuierions-nous pas nos indications sur la pathogénie? Comment ne serions-nous pas amenés à discuter cette pathogénie quand, mécanothérapentes, physiothérapeutes, nous viendrions proposer de traiter peut-être une arthrite à staphylocoque ou une arthrite tuberculeuse, par les méthodes que vous savez.

D'autre part, comment ne pas souscrire aux seules méthodes : électricité, massages, greffes tendineuses, si le pied plat valgus douloureux est d'origine paralytique?

Les théories émises pour expliquer cette affection sont nombreuses, mais d'après les signes cliniques observés et les résultats obtenus, Mencière se rattache à la théorie du rachitisme tardif.

La tarsalgie est due à la surcharge, chez des sujets prédisposés, atteints, ou en imminence de rachitisme tardif ou prolongé; l'étiologie ne laisse aucun doute.

Mais le rachitisme lui-même, comme le dit M. Marfan, n'est qu'un syndrome, traduisant les réactions de l'appareil locomoteur, des tissus osseux, des ligaments, des muscles eux-mêmes chez l'enfant ou l'adolescent, contre les intoxications chroniques : intoxications alimentaires, toxi-infections digestives, syphilis, tuberculose, pyodermites, broncho-pneumonies prolongées, peut-être rhumatisme lui-même..., etc.

Or, quelle que soit la cause initiale, la clinique nous apprend que, dans la tarsalgie, notre rôle de thérapeute se résumera à rechercher les moyens les plus aptes à modifier la nutrition du système osseux, ligamenteux, musculaire même, bien qu'il ne s'agisse pas de paralysie au niveau du membre ou du segment de membre où s'est plus particulièrement localisé le rachitisme tardif.

L'étude que nous venons de faire était indispensable pour justifier nos procédés, pour savoir à propos de quelle infection nous les appliquons ; pour savoir s'ils sont ou non contre-indiqués par l'origine de la lésion.

Pour entrer dans les détails de technique, il est indispensable de diviser cliniquement la tarsalgie en trois périodes.

Je m'appuierai sur les indications fournies par les auteurs, sur celles qui m'ont été obligeamment communiquées par bon nombre de mes collègues qui ont bien voulu répondre à mon referendum (1) et sur mes propres observations.

La première période est caractérisée par l'absence de contracture permanente.

La deuxième période est marquée par la contracture permanente.

La troisième période a comme caractère, les rétractions, les déformations osseuses, les altérations analogues à celles de l'arthrite sèche; une difformité considérable du pied, son ankylose en position vicieuse, notamment au niveau de l'articulation médio-tarsienne.

Première période. — Ce que nous avons dit de la pathogénie, ce que nous observons cliniquement doit guider nos efforts.

La voûte plantaire est affaissée; les ligaments sont distendus ; l'articulation médio-tarsienne est le siège d'une sorte d'entorse chronique, le poids du corps portant à faux. Les os, les ligaments, les muscles sont le siège de troubles trophiques, qui vont se traduire par de l'atrophie, au niveau des muscles; par des atrophies et des hypertrophies au niveau des os.

La première indication est de conseiller une profession qui n'exige pas la station debout prolongée.

La deuxième consiste à soutenir la voûte plantaire.

La troisième enfin concerne les muscles qui servent de soutien et de ligaments actifs pour la voûte plantaire.

Soutenir la voûte plantaire. — Le nombre des appareils employés pour soutenir la voûte plantaire témoigne des difficultés à surmonter. Les uns, par exemple, ceux de Sayre, de Panas, sont munis de tuteurs latéraux remontant jusqu'au genou.

J'estime ces appareils encombrants et non indispensables. On peut arriver plus sûrement au but cherché, simplement par la chaussure orthopédique, mais cette chaussure doit remplir une triple condition :

Rejeter en dedans le bord externe du pied qui se dévie en dehors en valgus et abduction; maintenir la voûte plantaire, s'opposer en dedans à la hernie du scaphoïde et de l'astragale sur le bord interne du pied.

La meilleure façon de placer le pied en adduction, pour corriger le valgus et l'adduction, consiste à donner à l'ensemble de la chaussure une direction voulue en surélevant le talon sur le côté interne, suivant un léger degré d'obliquité. Voici des modèles empruntés à l'ouvrage de mon regretté maître et ami A. Hoffa (1). (Fig. 1).

Pour surélever la voûte sur le bord interne et maintenir le scaphoïde et la tête de l'astragale, il faut recourir à des semelles spéciales. Il en existe un grand nombre de modèles. Vous choisirez une semelle métallique, parce que plus mince, plus facile à placer dans le soulier.



Fig. 1. — Bottine orthopédique à talon surélevé côté interne suivant un certain degré d'obliquité.

Voici comment je vous conseille de procéder à la construction de cette semelle. D'abord, ne la faites pas exécuter à vue d'œil, pas même sur des mesures plus ou moins exactes, bien que prises avec soin. Pour que cette semelle soit efficace, elle doit être construite pour le sujet, pour sa déviation pour la forme de son pied. On doit procéder par moulage préalable, comme le mécanicien qui veut obtenir une pièce de précision.

Moulez donc la plante du pied, opérez le redressement; ce soin ne regarde que le chirurgien lui-même.

Corrigez : déviation, voûte, et par suite longueur et surtout largeur anormales du pied. Pour la réfection de la voûte plantaire, utilisez mon procédé de moulage au staff (2). Vous obtiendrez un négatif, tirez un positif (fig. 2). Sur ce moulage du pied en position rectifiée, faites construire ou construisez une semelle triangulaire en tôle d'acier martelée, imitée de celle de Witman (fig. 3). Cette semelle prendra point d'appui d'un côté sur le talon, de l'autre au niveau des deux premières articulations métatarso-phalangiennes.



Fig. 2. — Modelage au staff de la voûte plantaire.

Le rebord interne maintiendra en dedans la tête de l'astragale, le rebord externe sera aussi légèrement élevé.

(1) Je citerai en particulier, tout en leur adressant mes remerciements, MM. les Docteurs : Pr. Bardenheuer, de Cologne; Beckel, de Strasbourg; Becker, de Bremen ; Bettmann's, de Leipzig; Pr. Bier, de Berlin; Calot, de Berck ; Lucas Championnière, de Paris; Déjardin, de Liége ; Delagénière, du Mans ; X. Delore, de Lyon; Dautschländer, de Hambourg; Ewald, de Hambourg; Pr. E. Franke, de Braunschweig ; Gaugele, de Zwickau ; Pr. Ghillini, de Bologne ; Glorieux, de Bruges ; Hasslauer, de Francfort; Pr. Hoettman, de Königsberg; Hübscher, de Bâle ; Hue, de Rouen ; Pr. Jeanbrean, de Montpellier; Pr. Kader, de Cracovie ; Kofmann, d'Odessa ; Kreglinger's, de Coblentz; Kummel, de Hambourg ; Pr. Kurnitzky, de Breslau ; Pr. Lange, de Munich; Pr. Le Dentu, de Paris ; Lehr, de Stuttgard ; A. Lendon, d'Adelaïde; De Lesser, de Leipzig ; Lozano, de Saragosse; Pr. Marfan, de Paris; Monnier, de Paris ; Mouchet, de Paris; de Munter, de Liege; Muskat, de Berlin; Pauchet, d'Amiens; Pr. Perret, de Lausanne: Pr. de Quervain, de Basel: Pr. Ribera y Sans, de Madrid ; Redard, de Paris; Pr. Riedinger, de Vürzbourg; Salazar de Souza, de Lisbonne: Savariaud, de Paris; Pr. Schultze, de Guisburg; Pr. Spitzy, de Gratz; Tairbank, de Londres: Thiéry, de Paris; Vincent, d'Alger; Vogel, de Dortmünd ; Pr. Vulpius, d'Heidelberg ; Waldestrom, de Stockholm; Zeler de Dresde, etc.

(1) Lehrbuch der orthopädischen chirurgie. — Albert Hoffa, 1902.

(2) Opération d'Ogston pour pied plat valgus douloureux invétéré. Confection d'une bottine plâtrée avec semelle en staff. Utilité du traitement secondaire mécanothérapique et du dressage méthodique à la marche. Congrès français de Chirurgie, Paris, 1902.

La voûte du pied maintenue entre ces deux tuteurs ne peut s'étaler, s'élargir et par suite, s'écraser. Cette disposition, ainsi que

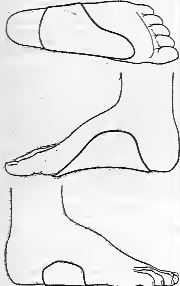


Fig. 3. — Semelle de Witman.

la moitié interne de la semelle surélevée en forme de dôme, concourent au but cherché.

Le moulage positif, à mon avis, doit encore vous servir pour construire un appareil soit en cuir moulé durci, soit en feutre plastique, soit en celluloïd; vous le ferez porter la nuit, pendant plusieurs mois. Votre malade n'aura donc pas, pendant le jour, l'ennui des appareils orthopédiques, et cependant, par vingt-quatre heures, sans que cela soit visible, vous consacrerez un nombre assez important d'heures à assurer à la voûte plantaire, au pied tout entier, une position corrigée, hypercorrigée même, si vous avez eu soin de construire dans ce but, votre moulage positif.

J'utilise habituellement ce procédé et n'ai qu'à m'en louer.

Fortifier les muscles. — La troisième indication, ai-je dit, concerne les muscles qui sont de véritables ligaments actifs pour la voûte plantaire.

L'hydrothérapie, l'électrothérapie, le massage, la mécanothérapie, la bicyclette, la gymnastique spéciale orthopédique rendent les plus grands services. — Vous vous adresserez surtout aux jambiers antérieur et postérieur, aux jumeaux, muscles adducteurs du pied. — Mais, puis-je rentrer dans les détails de techniques, sans faire double emploi avec les rapports si documentés de mes collègues co-rapporteurs, si autorisés en la matière? Vous y trouverez toutes les indications voulues. L'important pour nous était de savoir si, excluant la pathogénie indiquée par Duchenne, si, ne reconnaissant pas comme cause la paralysie des muscles, ce traitement était rationnel. Je ne puis sans me répéter, insister davantage.

Le rachitisme tardif, maladie s'adressant non seulement aux os, mais aux ligaments, aux muscles eux-mêmes, indique que nous devons mettre en jeu, au niveau du membre atteint, les moyens les plus puissants que nous ayons pour agir sur le système musculaire, pour modifier la circulation, la nutrition elle-même des tissus; et de ces moyens, les agents physiques sont les meilleurs.

Voilà pourquoi, bien que la paralysie soit absente, la physiothérapie est encore le meilleur mode de lutte contre la déformation commençante et contre la cause elle-même : la localisation du rachitisme tardif. Elle provoque une réaction en sens inverse.

Deuxième période : Contracture permanente. — A la deuxième période, la physiothérapie, toute-puissante à la première, est insuffisante.

Le physiothérapeute avisé remarquera que le pied est fixé en attitude vicieuse. Il y a déjà, non seulement de la contracture, mais un certain degré de rétraction, sinon des muscles, du moins des ligaments. La déformation osseuse est déjà en marche. Demander une rectification du pied, une mise en place de ses différents éléments par la physiothérapie seule, c'est perdre un temps précieux, lasser le malade et aboutir vraisemblablement à un échec.

Il y a position vicieuse du membre; obéissez aux règles les plus élémentaires de la chirurgie orthopédique au niveau des articulations : placez le membre en position normale. Cela est souvent difficile sans anesthésie locale ou générale.

Lorenz conseille une injection de 0,025 à 0,05 ctg. d'une solution de cocaïne à 5 0/0 dans l'articulation astragalo-scaphoïdienne. Le pied devient souple, la contracture cesse. Je puis recommander ce procédé, l'ayant expérimenté moi-même. Cependant l'anesthésie générale au chloroforme est habituellement employée.

Je conseille un véritable modelage du pied, soit à l'aide du coin de Lorenz, soit à l'aide de la barre caoutchoutée plus commode, que j'ai décrite (1). Ce modelage du pied est suivi d'une fixation pendant deux mois dans un appareil plâtré en hypercorrection. Après quoi, la chaussure orthopédique, l'appareil de nuit et le traitement kinésithérapique qui s'adresse à la cause, sont de rigueur.

Kirmisson a pratiqué la ténotomie des péroniers. Hoffa conseille la ténotomie du tendon d'Achille. Je suis absolument opposé à cette technique qui me paraît dangereuse. Supprimer la contracture d'un muscle par la ténotomie, c'est s'exposer à supprimer ce muscle lui-même; la contracture pouvant précisément amener une rétraction trop prononcée du bout central.

La contracture d'un muscle est supprimée, non par la ténotomie, c'est-à-dire par sa suppression, mais par son allongement; la contracture disparaît, la fonction reste. C'est une des lois générales de chirurgie musculaire, à propos de laquelle je bataille depuis quelque dix ans (2).

(1) De l'utilité de la barre caoutchoutée pour le modelage des pieds bots. Congrès de Rouen, 1904.
(2) Congrès français de Chirurgie, Paris, 1905-1910. Congrès international de Médecine, Budapest, 1909.

Troisième période. — Dans les phases ultimes de la maladie, quand l'astragale s'est déplacé, quand sa tête hypertrophiée et déviée fait hernie sur le bord interne du pied, quand le scaphoïde subluxé s'est ankylosé en position vicieuse, nous avons affaire, commme le dit Farabœuf, à un véritable pied bot irréductible et les interventions sanglantes sont inévitables.

Je dis interventions sanglantes, car pas plus pour le pied bot proprement dit que pour le pied valgus douloureux, je ne suis partisan des tarsoclasies.

Il est si simple de faire bien et sans danger sous le couvert de l'antisepsie, que je ne vois pas pourquoi, à l'heure actuelle, tout en rendant hommage aux auteurs qui ont doté la tarsoclasie d'appareils ingénieux, je ne vois pas pourquoi on se priverait des techniques chirurgicales qui nous permettent de travailler à ciel ouvert.

Mais encore faut-il faire un choix parmi les nombreuses interventions proposées. L'ostéotomie sus-malléolaire de Trendelenburg ne me paraît pas heureuse. A une difformité, elle en substitue une nouvelle sans corriger la première.

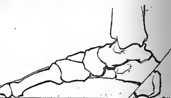


Fig. 4. — Opération de Gleich.

Gleich au 22e Congrès allemand de chirurgie propose de sectionner transversalement le calcanéum, d'abaisser le fragment inférieur pour créer un pied creux.

Un simple aperçu du schéma ci-dessus (fig 4) montre que cette intervention ne remédie pas aux déformations médio-tarsiennes et que, d'autre part, en relâchant les parties molles de la plante du pied, on favorise encore l'affaissement de la voûte qu'elles sustendent.

Vogt, Weinlechner, Vallas de Lyon, ont proposé l'ablation de l'astragale; M. Morestin (1) s'est fait le défenseur de ce procédé en France.

Kirmisson (2) estime que rien ne saurait être plus défectueux. Nous verrons dans un instant comment on peut comprendre cette question.

Richard Davy, Golding Bird ont pratiqué l'ablation du scaphoïde.

Ogston, s'engageant dans une voie plus rationnelle parce qu'elle répond à la pathogénie du pied plat, a proposé la résection avec enchevillement de l'articulation astragalo-scaphoïdienne, siège des déformations osseuses.

Je n'ai pas ici à faire de technique opératoire; je vous dirai cependant que l'enchevillement, temps le plus difficile de l'intervention, est aussi le plus inutile.

Il me reste, Messieurs, à vous dire ce que je pense de l'opération de Vogt et de celle d'Ogston, de les comparer l'une à l'autre,

(1) Morestin. — Congrès français de chirurgie, 1899
(2) Difformités de l'appareil locomoteur.

de voir si, dans les cas graves, on ne doit pas leur apporter une modification : j'ai nommé le *modelage par évidement des os du tarse* que j'ai déjà proposé pour le pied bot; que je pratique à ciel ouvert dans le pied valgus invétéré (1). (Fig. 5-6).

Enfin, il me restera à examiner si les interventions chirurgicales sont à elles seules suffisantes pour assurer au pied une voûte normale, pour éviter la récidive, pour rétablir la fonction, c'est-à-dire une marche correcte.

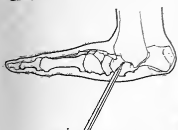


Fig. 5. — Modelage de l'astragale par évidement sous-cutané. (Le stylet traverse les parties molles et le périoste.)

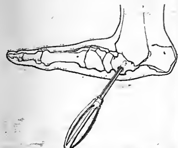


Fig. 6. — Modelage par évidement. (Procédé de Mencière.) (La mèche évide la tête de l'astragale et, si besoin est, l'astragale lui-même.)

A propos de l'opération de Vogt et de celle d'Ogston, je me suis déjà expliqué devant le Congrès français de Chirurgie, en 1902.

La suppression de l'astragale fait bien disparaître l'os le plus déformé du tarse dans le pied plat valgus; mais, outre que cette suppression est par trop radicale, elle ne saurait, dans les cas graves, atteindre toutes les déformations qui peuvent siéger jusque dans l'articulation calcanéo-cuboïdienne.

Enfin, la suppression de l'astragale entraîne un raccourcissement du membre, cause de claudication, et supprime la « poulie » articulaire tibio-tarsienne, d'où raideur articulaire, ou tout au moins, fonctionnement défectueux de l'articulation.

Que parfois les déformations osseuses soient excessives, que nous ayons affaire à un véritable pied bot, soit. Pratiquons alors une véritable tarsectomie interne, mais pas une astragalectomie systématique, ce qui serait parfois trop ou trop peu. Conservons la « poulie » articulaire tibio-tarsienne et une portion suffisante d'astragale pour assurer au membre sa longueur voulue.

Voici comment je procède : j'exécute l'intervention d'Ogston sans enchevillement. Dans des cas exceptionnels, j'ai recours à la tarsectomie interne.

Je complète ces deux interventions par le modelage par évidement de l'astragale et du calcanéum (1).

Même dans le cas de tarsectomie interne, je conserve la portion articulaire de l'astragale et j'évide le corps ou plutôt ce qui reste du corps de l'astragale (2). L'os devient ainsi malléable et je puis le modeler sur la barre caoutchoutée en modelant le pied lui-même. L'intervention est ou non précédée d'allongement tendineux, notamment de celui du long péronier latéral; mais, différant en cela de nombreux collègues allemands, je ne pratique jamais de greffes tendineuses, alors que dans le pied plat valgus paralytique au contraire, j'ai recours à ce genre de traitement (3).

La voûte plantaire rétablie par les interventions énumérées plus haut, pour maintenir le scaphoïde et l'astragale en contact, je m'adresse à l'appareil de contention que je construis de la façon suivante :

Je confectionne une semelle de staff que j'applique sous la plante du pied. Je place alors le pied en hypercorrection, j'exagère sa cambrure et je modèle ma semelle en staff sur le pied ainsi corrigé. Quelques tours de bandes plâtrées fixent la semelle et constituent un véritable moule dans lequel le pied nouveau va se développer. J'achève ensuite la construction de la bottine plâtrée.

J'ai pour habitude d'attendre que le pied ait suffisamment pris la forme du moule et que la voûte plantaire soit déjà solidement reconstituée, avant de commencer la mobilisation. Je fais porter l'appareil deux mois et parfois davantage. Je n'enlève la bottine qu'après avoir fait marcher le malade pendant quelque temps (4).

La marche aide encore au modelage de la voûte plantaire et à sa bonne conformation.

Constituer d'abord une voûte plantaire normale et solide, mobiliser ensuite : voilà ma ligne de conduite. J'agis de même pour les opérations de pieds bots (1).

Quand le chirurgien est intervenu, l'œuvre n'est pas achevée. Nous avons affaire dans les cas invétérés à de véritables infirmes; dans les cas moyens, toujours à des raideurs articulaires, à des atrophies notables. La physiothérapie recouvre tous ses droits pendant la convalescence; c'est elle qui rétablit la fonction et évite la récidive.

Que vous dirai-je à ce sujet de plus que ce que j'ai écrit et dit en 1902, devant le Congrès français de chirurgie? Je transcris ici quelques lignes de ma communication d'alors. Dès cette époque je montrais ce que je pensais de la physiothérapie et de ses moyens en chirurgie orthopédique; peut-être d'ailleurs, cette communication n'est-elle pas demeurée étrangère au choix que vous avez bien voulu faire comme rapporteur.

Je disais donc précisément à propos du pied plat valgus douloureux (2)... « J'insisterai encore sur un point qui me paraît particulièrement négligé dans le traitement consécutif, après les opérations de pieds bots ou de pieds plats, ou à la suite d'interventions chirurgicales sur les membres inférieurs; je veux parler du *dressage méthodique à la marche*. Les malades opérés dans ces cas-là sont des boiteux, il ne faut pas l'oublier; il ne suffit donc pas de leur faire des pieds nouveaux et bien conformés, il faut encore leur apprendre à s'en servir.

J'ai reconnu la nécessité d'établir à ma clinique, à côté du traitement mécanothérapique, un service spécial de dressage méthodique à la marche. Les muscles, les articulations, les membres qui ont fonctionné défectueusement manquent de vivacité. Le malade n'a plus l'aptitude cérébrale nécessaire aux mouvements, parfois compliqués, que nécessite une marche correcte.

Mon opinion est d'ailleurs celle de Du Bois-Raymond pour qui l'exercice musculaire est plutôt un exercice cérébral. C'est également l'avis de Schreiber dans son traité pratique du massage. La localisation des organes des sens dans l'encéphale est une vieille idée physiologique. Il doit y avoir entre les mouvements musculaires et les centres nerveux des rapports intimes tels, que la suppression ou le fonctionnement défectueux du travail musculaire de certains membres entraîne l'atrophie de certaines parties du cerveau. C'est ce que nous prouve une autopsie de Raymond (3), concernant un homme de trente et un ans, mort de tuberculose à l'Hôtel-Dieu de Paris, en 1882. Il était amputé du bras gauche depuis 1870 et il avait perdu l'index et le médius de la main droite. A la simple inspection, on ne constatait rien dans la moelle, mais les deux moitiés du cerveau différaient notablement. Tandis qu'à gauche, dans la région motrice, les circonvolutions étaient normalement développées, les deux circonvolutions frontales et pariétales ascendantes

---

(1) Modelage par évidement des os et des articulations. Congrès français de Chirurgie, Paris, 1905, 1908.

(1) Qu'il s'agisse de pieds bots ou de pieds plats invétérés, j'estime que l'on a toujours avantage, pour éviter la récidive, à compléter les tarsectomies, (ici, l'opération d'Ogston ou la tarsectomie interne) par « l'évidement » de ce qui reste de l'astragale et du calcanéum. — Julius Wolff a démontré qu'à chaque forme nouvelle correspond une adaptation nouvelle de la structure du tissu osseux. A l'état normal, les os possèdent une forme extérieure et une structure intime en rapport avec leur fonction. Cette forme et cette structure répondent d'ailleurs aux lois de la résistance des matériaux. Survient-il une cause pathologique, ici *tarsalgie des adolescents*, les os modifient à la fois leur forme extérieure et leur structure, en vue de leurs fonctions nouvelles.

Or, notre but est de réaliser une forme et une structure en sens inverse de celle provoquée par le trouble de l'equilibre physiologique. Si donc, nous nous contentons de ciseler extérieurement les os, ce qui reste possède une structure défectueuse en rapport même avec la forme extérieure « difforme ». Si la nature n'adapte pas assez vite la structure intime de l'os, celle-ci peut devenir une incitation à la reproduction de la forme extérieure vicieuse.

Ce n'est plus là la loi de Wolff, mais c'est la loi que j'ai déduite de celle de Wolff. C'est à cette loi que j'attribue la récidive, même après les tarsectomies. — Chaque fois que j'opère un pied bot ou un pied plat invétéré, je fais cette remarque autour de moi, en expliquant le pourquoi de mon procédé de modelage par évidement qui, supprimant l'intérieur de l'os, modifiant la structure même du tissu spongieux, laisse à la nature place nette, et lui remet le soin de refaire de l'os nouveau avec une structure nouvelle, correspondant à la forme extérieure nouvelle donnée à l'os. J'estime ainsi supprimer une cause de récidive.

(2) Le modelage par évidement peut être sous-cutané ou à ciel ouvert.

Sous-cutané dans les cas de gravité légère ou moyenne, il facilite la mise en bonne forme du pied et pour les raisons énumérées plus haut évite la récidive.

Dans les cas graves, l'évidement se pratique à ciel ouvert et complète l'opération d'Ogston ou la tarsectomie interne.

(3) Congrès international de Médecine, Budapest, 1909, *loco citato*.

(4) J'ai eu la bonne fortune de voir M. le Professeur agrégé Jeanbrau, de Montpellier, adopter ma façon de procéder, ainsi qu'en témoignent ses travaux et ceux de ses élèves, qu'il a bien voulu m'adresser.

(1) Mobilisation manuelle et mécanothérapique.

(2) Congrès français de chirurgie, Paris, 1902.

(3) Raymond, Progrès Médical, Paris, 1882.

droites étaient aplaties, presque déprimées, atrophiées, et leur volume réduit des quatre cinquièmes. On ne tronvait aucune autre anomalie.

L'aptitude cérébrale à la marche correcte se rétablira d'autant mieux que le dressage sera plus méthodique.

Qui de nous ne se souvient des séances de manège dans les régiments, pour apprendre les jeunes chevanx à bien sonlever les jambes et à poser correctement le pied. Le dresseur, frappant sur la jambe du cheval, appelle et fixe son attention et exige que le pied soit posé à un moment précis : au commandement.

J'ai utilisé et développé cette méthode que je ne pnis exposer en son entier ici.

Fixer l'attention dn malade, répéter régulièrement et méthodiquement les exercices, faire poser le pied correctement au moment précis et ne tolérer aucune incorrection, voilà le fond de la méthode qui paraît simple au premier abord, mais qui nécessite une certaine habitude dans son application.

J'intitule cette méthode : *la marche à la baguette et au commandement.* La marche à la baguette peut être exécutée avec ou sans obstacle. Quand le malade marche déjà bien à terrain plat, il faut lui apprendre à coordonner ses mouvements en franchissant un obstacle et imiter ce que l'on a cherché à faire dans le traitement de la rééducation des mouvements chez les ataxiques.

Ainsi donc, dans cette question du *pied plat valgus douloureux,* comme dans bien d'autres, c'est en se basant sur la pathogénie, sur l'origine des accidents, que nous arrivons à cette conclusion : *la nécessité de l'union de la physiothérapie et de la chirurgie* pour aboutir au but cherché.

La physiothérapie occupe ici une large place puisqu'à elle seule, au premier degré de cette affection, elle assure le succès avec l'orthopédie; puisqu'aux deuxième et troisième degrés, on ne peut sans elle, éviter la récidive et rétablir la fonction.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Le Prix coûtant de la Visite médicale

Par le Docteur L. CHAPON

L'évolution économique, un peu brutale, que nous subissons, ayant abouti à un renchérissement notable de la vie, il devient légitime que chacun songe à augmenter ses ressources. Quoi qu'on ait dit, le médecin, lui aussi, doit vivre de sa profession et ne peut faire exception à une règle si logique. Il renonce au charme prestigieux des vertus sacerdotales, dont on le couvre à plaisir, et celles-ci n'ayant plus cours, il poursuit, tout prosaïquement, le relèvement de ses honoraires.

Mais je regrette qu'avant de procéder à cette majoration, nous n'ayons pas songé, pour éviter l'arbitraire, à déterminer préalablement le prix coûtant de la visite médicale. On considère trop souvent qu'un médecin ne fournit aucune matière première et que, par suite, sa générosité est fort limitée quand il donne gratuitement ses conseils. Rien n'est plus faux, ni plus absurde. A l'instar des négociants, auxquels, disons-le bien, il n'est point déshonorant de nous comparer, nous avons également nos frais généraux. Chacun sait combien lonrdes sont nos charges inévitables.

C'est à ce calcul, non encore établi, mais nécessaire, que je vais me livrer aujourd'hui, en m'excusant amplement de son aridité.

Pour ne rien exagérer et, plus exactement, pour rester *au-dessous de la réalité la plus fréquente*, je vais examiner le budget *minimum* d'un confrère de Paris, *célibataire,* exerçant loin du centre, c'est-à-dire avec le *minimum* de frais.

***

Pour laisser intacts le prestige et l'autorité du médecin, il est indispensable que certaines conditions soient réalisées. N'oublions pas que ce dernier, fût-il débutant, n'est plus un adolescent. C'est un homme approchant fréquemment de la trentaine. Par ses origines et son éducation première, il s'accommoderait mal d'une médiocrité qu'il n'a jamais connue. La lui imposer à cet âge, après des études parfois laborieuses, serait massacrer tous ses rêves.

Aussi, pour ne pas subir une déchéance cruelle et inattendue, faut-il que le médecin puisse tenir son rang. Certes, ayant pris l'exemple du praticien le plus modeste, je ne vais pas envisager pour lui la nécessité d'une vie fastueuse. Mais il a droit, je le répète, à une existence d'où sera exclue la pénible gêne, à laquelle il ne fut point préparé.

Quelles seront donc alors les ressources nécessaires à l'équilibre de ce budget réduit à son extrême simplicité ?

Loyer: *Appartement de 4 pièces, salon, cabinet, chambre, salle à manger*. . . . . .Fr.	1.400
Impôts et patente.	200
Gages d une domestique.	600
Nourriture de cette dernière (un peu moins de 2 francs par jour).	700
Entretien du médecin (nonrriture, babillement, chauffage, éclairage, blanchissage, etc), environ 10 fr. par jonr.	3.600
Abonnements aux journaux, cotisations aux groupements.	50
Association Lagoguey (assurance nécessaire contre la maladie).	120
Dépenses diverses, omnibus, etc., (1 fr. par jonr).	360
Total. . . . . .Fr.	7 030

A dessein, je n'ai rien réservé aux plaisirs, fussent-ils menus, car c'est au travail d'abord que le debutant doit songer. Ce chiffre de 7.000 francs est donc bien le seul minimum acceptable. Certes, le médecin pourrait peut-être vivre de façon plus modeste encore, mais ce serait insensé. Pourquoi, dès lors, ne consentirait-il pas à cirer ses parquets et ses chaussures et à recourir aux soupes populaires? N'existe-t-il donc pas, en dehors de la médecine, des professions nombreuses, qui offrent aux jeunes gens de vingt ans les moyens de gagner leur vie, et à ceux de trente des situations réellement florissantes? Il faudrait une inconscience étrange et stupide pour persister à s'engager dans une carrière qui, reservant exclusivement fatigues, déboires et mécomptes, nous placerait au-dessous de ces anciens condisciples, moins instruits, passant même pour des *ratés,* mais qui, en vérité, ont été singulièrement mieux avisés.

***

Voici donc notre jeune confrère avec 7.000 francs de dépenses annuelles. Quelles seront ses ressources ? Si ce débutant n'a pas la succession d'un confrère disparu, si pour lui la déontologie n'est pas un vain mot, si enfin, il rentre dans la loi la plus commune, on peut dire qu'au cours de la première année, il gagnera environ un millier de francs. Quelquefois plus, bien souvent moins. A la fin de cette première année, où les recettes auront été de 1.000 francs et les dépenses de 7.000, la perte nette sera de 6.000 francs. La seconde année donnera 2.500 francs, soit une perte de 4.500 francs. La troisième année donnera 5.000 francs, soit une perte de 2.000 francs. A la fin de la quatrième année seulement, le chiffre de 7.000 francs sera atteint, et c'est alors qu'il va falloir établir le budget définitif avec le prix coûtant de la visite medicale.

A ce moment, les visites devenant nombreuses, les frais de transport doivent apparaître et figurer dans le bilan des dépenses pour une somme supplémentaire de 600 fr. Personne ne m'en voudra d'ajouter 400 fr. pour un mois de vacances bien méritées, de ces fameuses vacances, que le fonctionnaire inactif attend toute l'année. Cela fait ainsi 1.000 francs qui élèvent à 8.000 francs le budget annuel précédemment calculé. Est-ce tout? Certes non.

Après cinq ans d'exercice, ce confrère est débiteur, soit envers sa famille, soit envers quelque obligeant ami, de toutes les sommes reçues pour faire face : 1° à ses études *supérieures* (je néglige le baccalauréat); 2° à ses frais d'installation ; 3° aux pertes subies pendant les trois premières années, soit :

Frais d'études médicales (7 ans à 250 francs par mois). . . . . .Fr.		21.000
Frais d'installation (mobilier, tentures, instruments, etc).		5.000
Pertes subies pendant 3 ans. . . .Fr.	6.000	
— — — —	4.500	
— — — —	2.000	
		12.700
Total. . . . . .Fr.		38.500

C'est donc une somme de 40.000 francs environ que le médecin *a le devoir* de rembourser ou de récupérer, et il ne pent moins demander que d'y parvenir pendant les vingt-cinq années qui vont suivre et à la fin desquelles il aura exercé trente ans.

Dès lors, le budget est ainsi établi :

Frais généraux (7.000 + 1.000). . . . . .Fr.	8.000
Intérêts à 4 0/0 des capitanx engagés (40.000 fr.).	1.600
Amortissement en 25 ans de ces capitaux.	1.600
Total. . . . . .Fr.	11.200

Voilà pour les dépenses. Passons aux recettes possibles.

Quant la morbidité est grande, c'est-à-dire peudant 150 jours par an, un médecin en pleine activité peut faire 10, 15, 20 visites par jour, soit une moyenne de 15.

En 150 jours.	2.250 visit.
Quant la morbidité est moindre, pendant 150 autres jours, les visites seront an nombre de 5, 10, 15 suivant les jours, soit une moyenne de 10.	
En 150 jours.	1 500 —
Fnfin, pour les 65 autres jours qui completent l'année et dans lesquels figurent les vacances et jours fériés, comptons	250 —
Soit.	4.000 visit.

Vu l'inconstance de la morbidité, le p ra-

ticien, pour atteindre ce chiffre, devra fréquemment visiter 25 malades par jour. C'est un maximum que l'on ne doit jamais dépasser, si l'on veut éviter des fatigues difficilement supportées, si l'on veut donner au malade le conseil utile qu'il attend de nous, si l'on veut enfin ne plus inspirer cet ironiste féroce, montrant naguère l'un d'entre nous plus attentif à la « Valse bleue » qu'aux bruits anormaux du poumon qu'il auscultait.

J'accepte donc le nombre annuel de 4.000 visites, et, dussé-je être le seul à suivre jusqu'au bout cette trop aride démonstration, je poursuis. Abstraction faite des honoraires impayés qui seront compensés par quelques accouchements, dont je n'ai pas parlé, nous avons le droit de dire que ces 4.000 visites nous coûtent 11.200 francs, soit 3 fr. chacune exactement 2 fr. 80.

Si, au lieu de choisir, pour cette étude, un confrère célibataire exerçant à la périphérie, je m'étais arrêté aux médecins chargés de famille et installés dans le centre, il est bien facile de deviner à quels résultats plus impressionnants je serais arrivé. Là, en effet, le prix coûtant serait de 4, 5, 6 francs et plus, suivant les quartiers.

Or, il est de toute rigueur de ne pas délivrer à moins de 5 francs ce qui en coûte 3, à moins de 8 francs ce qui en coûte 5, à moins de 10 francs ce qui en coûte 6. La conclusion s'impose. Désormais, nous devrons exiger, comme prix de nos visites : 5 francs à la périphérie, 8 francs dans le centre et 10 francs dans les quartiers plus riches. C'est, hélas! un nouvel effort à tenter. Mais nous apprécions enfin la force des associations et je ne doute plus des résultats heureux.

Confrères qui, à Paris, soignez *cinq cent mille* mutualistes aux tarifs dérisoires que chacun connaît, comprenez-vous maintenant à quel point vous entretenez une des causes les plus fréquentes du malaise que nous subissons ? Comprenez-vous qu'en persistant dans cette erreur singulière, vous consommez à la fois votre ruine et la nôtre ?

Si nous ne tentons pas cette réaction devenue nécessaire, nous continuerons à compromettre notre patrimoine. Nos enfants ne pourront avoir l'instruction que nous avons reçue, et nous ne pourrons prétendre à la vieillesse aisée que nos ascendants directs ont su souvent se préparer. Alors que, dans la vie, chacun doit chercher à s'élever, nous aurons ainsi, en embrassant la carrière médicale, réussi à nous abaisser. Notre ambition était tout autre.

Et, enfin, chose plus attristante et plus grave, nous verrons longtemps encore de vieux confrères exténués et malheureux, traîner leur lamentable existence et attendre la mort comme le seul sommeil qui puisse les reposer ! (1)

Dr L. CHAPON.

NOS COLLABORATEURS

Nos colonnes sont ouvertes à tous et nous publions les articles et notes pratiques d'un caractère original et pouvant intéresser les praticiens que nous envoient nos lecteurs, abonnés ou non.

Nous cherchons ainsi à recueillir des faits cliniques observés tant en France qu'à l'étranger et qu'il importe souvent de mettre en lumière.

(1) Bull. du Syndicat Médical de Paris.

REVUE D'UROLOGIE

Les rapports entre l'appareil génital et l'appareil urinaire au point de vue pathologique chez la femme. par M. le Dr BAZY, Chirurgien de l'hôpital Beaujon (*Bull. Méd.*).

Les rapports entre l'appareil génital et l'appareil urinaire chez la femme représentent un chapitre déjà ancien de la pathologie. C'est ainsi qu'on a étudié depuis longtemps l'influence que peut exercer l'utérus sur la vessie et sur ce que j'ai proposé d'appeler « l'appareil supérieur ou supra-vésical ». On a étudié notamment l'action des fibromes, des déviations utérines, des prolapsus génitaux, etc., sur cet appareil urinaire. Cette action est d'ordre purement mécanique Elle se manifeste par des modifications dans les rapports avec la vessie qui peut être comprimée, déformée, comme aussi avec les uretères dont la direction ou l'implantation pourront se trouver changées.

Mais, en dehors de ces phénomènes purement mécaniques, nous trouvons les actions réciproques de nature infectieuse. On sait combien est fréquente la coïncidence entre les lésions infectieuses de la vessie et celles de l'utérus et de ses annexes.

Infections génitales et infections urinaires. — En pareils cas, y a-t-il simplement coïncidence ou relation de cause à effet ? C'est ce que je me propose d'envisager ici.

Dans beaucoup de cas — je ne crains même pas de dire dans l'immense majorité des cas — le microbe qui a infecté d'abord l'appareil génital infecte ensuite l'appareil urinaire. Ces infections sont successives ou simultanées. Leur mécanisme est simple, c'est le même microbe qui attaque de dehors en dedans les deux appareils, pénétrant par l'urètre dans la vessie et par le vagin dans l'utérus et ses annexes.

Peut-être doit-on admettre que, dans les cas d'infection successive, le microbe peut, ayant envahi l'un ou l'autre de ces appareils, passer directement dans l'autre, sans être obligé de suivre la voie urétrale ou la voie vaginale. L'infection ayant primitivement atteint l'utérus et les annexes gagnerait la vessie à travers la paroi vésicale. Quant à l'infection de l'utérus et des annexes consécutive à l'infection vesicale, elle n'est pas démontrée. Rien cependant ne s'oppose à ce qu'une cystite phlegmoneuse s'accompagnant de péricystite, gagne, je ne dis pas l'utérus, dont les parois épaisses opposent une barrière qui semble infranchissable, mais les annexes et en particulier les trompes. Seulement, les parois de celles-ci offriraient un terrain très peu favorable à l'infection. Tout au plus, pourrait-on admettre que l'infection, partie de la vessie et des parois vésicales, peut gagner le péritoine et, de là, pénétrer dans les trompes par le pavillon et envahir aussi directement l'ovaire ; mais si ce mode de propagation est admissible, il ne me paraît pas démontré.

Il n'en est pas de même de l'infection vésicale consécutive à l'infection génitale.

Depuis longtemps on connaît — et j'en ai publié moi-même des observations — les abcès pelviens ouverts dans la vessie, abcès plutôt consécutifs, il est vrai, à des périmétrites qu'à des salpingites proprement dites. En général, ces infections vésicales sont passagères, et ont une évolution rapide, l'abcès qui leur a donné naissance se tarissant assez rapidement. Toutefois, elles peuvent durer longtemps, quand l'abcès se vide mal et que, par suite, la lésion a une évolution chronique.

Mais ce ne sont pas ces infections qui prêtent à discussion. L'appareil urinaire, ou, pour mieux dire, la vessie, c'est-à-dire l'appareil urinaire pelvien, peut-il s'infecter au contact d'une lésion infectieuse annexielle, sans qu'il y ait une communication macroscopique visible entre le foyer annexiel et la vessie ?

La question est difficile à résoudre : on peut toujours invoquer, en pareille circonstance, une coïncidence entre l'infection urinaire et l'infection génitale, le même microbe infectant à la fois les deux appareils de dehors en dedans. Cependant, quelques expériences sur les animaux sembleraient indiquer la possibilité de cette propagation directe des infections de l'appareil génital à la vessie. En effet, notre distingué collègue, le Docteur Reymond, étant interne du professeur Guyon, en 1893 (1), institua des expériences sur des lapins pour démontrer la possibilité d'une propagation microbienne, à travers la paroi vésicale et jusque dans l'intérieur de la vessie, d'une infection extérieure à cet organe. Par des sutures habilement faites, il créa une cavité dont une des parois étant constituée par la paroi vésicale elle-même, et dans cette cavité, il plaça une boulette de coton imbibée d'un bouillon de culture d'un microbe déterminé ; or, au bout d'un temps variable, il put retrouver ce microbe dans l'intérieur de la vessie, sans effraction de ce viscère. Le microbe avait donc dû passer à travers les parois vésicales. Ce résultat expérimental paraît bien démontré. D'autre part, en clinique, la guérison spontanée et rapide des cystites à la suite de l'ablation d'annexes infectées semblent prouver que la pathogénie de ces infections vésicales est la même que celle des expériences de M. Raymond. Quoi qu'il en soit, on doit retenir la coïncidence fréquente des infections vésicales et génitales chez la femme, quelle que soit, du reste, la pathogénie de ces infections. Je n'insiste pas. Le point sur lequel je désire appeler le plus l'attention est celui des relations entre les lésions non *infectieuses* de l'appareil génital et les lésions *infectieuses* de la vessie.

Je ne crains pas de le dire, on a beaucoup trop facilement admis des relations étroites entre l'infection urinaire — vésicale ou vésico-rénale — et l'appareil génital non infecté de la femme. Je me suis élevé déjà contre cette manière de voir en étudiant les rapports de la cystite et de la pyélonéphrite avec la grossesse. J'ai montré l'indépendance de l'état pathologique et de l'état physiologique et je n'ai pas craint d'écrire cette phrase en apparence paradoxale : « *la pyélonéphrite gravidique n'existe pas* », voulant dire par là — avec des exemples à l'appui — que la pyélite évoluait de son côté pendant que la grossesse évoluait du sien (2).

Fibromes, déviations utérines et infections urinaires. — On a pendant longtemps écrit que la rétroversion, l'antéversion, les fibromes de l'utérus causaient la cystite. On a changé la formule, depuis la connaissance des microbes, en disant que ces états favorisaient la cystite, mais qu'il suffisait de supprimer les tumeurs ou les déviations utérines pour la guérir.

C'est contre ces affirmations trop facilement répétées et acceptées, que je veux m'élever. Je ne crains pas d'affirmer que la relation de cause à effet entre les infections urinaires et les lésions utérines n'est pas plus démontrée pour ces lésions que pour la grossesse, et qu'il faut chercher ailleurs que dans l'appareil génital la cause des souffrances urinaires des malades. Assurément, je n'entends pas nier l'influence mécanique exercée par l'utérus sur la vessie et soutenir que le fibrome ne peut pas donner lieu à une rétention d'urine, à de la pollakiurie par compression, par modification de la forme et de la capacité du réservoir urinaire, mais combien rare cette complication des fibromes ! Ce que je veux dire, c'est qu'une cystite, une infection urinaire, survenue en dehors de tout cathétérisme, chez une femme atteinte de fibrome même volumineux ou en rétroversion, doit appeler toute l'attention du praticien. D'emblée, *à priori*, il doit croire à l'indépendance de ces

(1) Voir *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1893, p. 253-343.

(2) *Bulletin médical*, 13 mars 1908.

deux ordres de lésions et ne pas s'imaginer qu'en faisant disparaître le fibrome il fera disparaître l'infection microbienne, quelle qu'elle soit. Certes, cela arrive assez souvent, mais, en revanche, je pourrais citer un certain nombre d'observations d'infections vésicales ou vésico-rénales ou autres coexistant avec des fibromes et auxquelles l'ablation de la tumeur n'a apporté aucun soulagement. Il faut redoubler d'attention quand on se trouve en présence d'une infection urinaire compliquant un fibrome ; il faut se préoccuper du volume et du siège du fibrome et se méfier surtout s'il n'est ni volumineux, ni enclavé ; il faut encore bien étudier la bactériologie de l'urine. Si on ne prend pas toutes ces précautions, on risque de pratiquer sur l'utérus une opération qui n'était nullement indiquée, et dont on eût dû écarter les dangers et les ennuis.

Je citerai simplement à ce sujet une observation récente de tuberculose rénale chez une femme atteinte de fibromes utérins.

Mme P., quarante-neuf ans, m'est adressée par mon ami, le Dr Broussin, avec le diagnostic de tuberculose rénale gauche. Mme P., me raconte que le début de ces accidents remonte à deux ans. Elle habitait la province. Après cinq à six mois de souffrances, de pollakiurie diurne et nocturne, de douleur terminale de la miction d'urines troubles, elle va consulter un médecin qui l'examine et découvre un fibrome ; cela d'autant plus facilement que la femme est très maigre, et que sa paroi abdominale est très dépressible. Du reste, ce fibrome n'est pas volumineux; il n'a jamais occasionné de gêne, jamais donné lieu à aucune espèce d'hémorragie. Le médecin pratiqua probablement le toucher vaginal ; s'il l'eût fait avec le soin qu'exigeait le genre de souffrances pour lesquelles on venait le trouver, il eût trouvé ce que j'ai trouvé moi-même, c'est-à-dire un *uretère gauche augmenté de volume*, et de la *douleur urétéro-vésicale*. Il se serait méfié.

Quoi qu'il en soit, il envoie la malade à un gynécologue parisien qui, sans tarder longtemps et après avoir attribué, comme le médecin traitant, les troubles vésicaux au fibrome fait une hystérectomie abdominale.

Le résultat fut, on le devine, absolument nul ; la malade continua à souffrir tout autant, sans avoir aucun amendement.

Elle quitta quelque temps après la province et vint à Versailles, où elle consulta le Dr Broussin, qui, après l'avoir examinée, me l'adressa.

C'est une femme de quarante-neuf ans, maigre, mais ayant toujours été maigre, et n'étant pas visiblement amaigrie depuis le début de la maladie urinaire.

Le rein droit est mobile et normal ; le gauche est à peine senti. Toucher vaginal ; à gauche, cordon urétéral, du volume d'un petit crayon ; douleur très nette au niveau de l'orifice urétéral gauche. Rien à droite.

La malade me montre une analyse bactériologique faite par le Dr Debains (de Versailles), qui a trouvé le bacille de Koch.

Je pratique un cathétérisme urétéral pour faire une séparation d'urine des deux reins.

Du côté du rein droit, urine limpide ; du côté du rein gauche, urine trouble, laiteuse.

La vessie est mammelonnée, rouge, au niveau de l'orifice urétéral gauche, mais il n'y a pas d'ulcérations appréciables. Voici le résultat de l'examen de chacune des urines des deux reins et celui de l'urine totale prise avant l'opération.

Analyse par M. Debains, ancien chef du laboratoire de la Faculté, chef de service à l'hôpital de Versailles, des urines de Mme P..., recueillies pendant une demi-heure.

	REIN DROIT	REIN GAUCHE
Quantité......	12 cc.	14 cc.
Aspect	Limpide.	Trouble.
Dépôt........	Jaunâtre, dense, cristallin.	Blanc, floconneux, volumineux.
Couleur.......	Jaune ambré.	Jaune pâle.
Odeur........	Sui generis normale.	Sui generis normale.
Réaction......	Franchement acide.	Légèrement acide.
Δ............	— 0°18.	— 0°99.
δ............	— 0,32,1.	— 0,46,2.
	Quantités par litre.	
Urée	22,50.	9.30.
Chlorure......	14,00.	8,80.
Albumine.....	Traces.	1,50.
	Analyse bactériologique.	
	Très rares hématies.	Très nombreux leucocytes dégénérés.
	Pas de leucocytes.	Quelques hématies.
	Nombreux cristaux d'oxalate de chaux et d'acide urique.	Pas de cristaux.
	Coloration simple par le Gram.	
	Pas de microbes.	Pas de microbes.
	Coloration par le Ziehl-Kuhne.	
	Pas de microbes,	Bacilles acido-résistants.
	Inoculations aux cobayes:	
	Négatives.	Positives.

A cette observation, je pourrais ajouter celle d'une femme plus jeune, présentant elle aussi un fibrome et des troubles urinaires d'origine peut être tuberculeuse, quoique l'examen bactériologique et l'inoculation aient été négatives. Chez elle aussi l'ablation du fibrome ne donna aucun résultat; même, quelques mois après l'opération, les souffrances à un moment donné ont été plus violentes. Actuellement une amélioration notable s'est produite et j'espère qu'elle persistera.

A propos de l'observation dont je viens de publier les détails, je voudrais insister sur la coïncidence du rein mobile et de la tuberculose chez ma malade.

On a accusé le rein mobile d'un certain nombre de méfaits, en particulier de favoriser la production d'un certain nombre de lésions. J'espère qu'après mes recherches sur l'hydronéphrose intermittente, le rapport au Congrès français d'urologie de Duval et Grégoire, le mémoire de Championnière, la légende des rapports du rein mobile et de l'hydro-néphrose intermittente aura vécu. Pour ce qui est de la tuberculose, dans mon observation, nous avons un rein mobile et une tuberculose rénale. Le rein mobile est à droite, comme à l'ordinaire et la tuberculose à gauche. Si le rein mobile avait créé une prédisposition à la tuberculose, celle-ci eût atteint plutôt le rein droit que le gauche, et il n'en a rien été.

Je n'insiste pas et je termine par quelques conclusions générales sur les rapports des organes génitaux et des organes urinaires chez la femme.

Il serait inexact de nier les troubles mécaniques qu'un utérus anormalement développé, ou vicieusement placé, peut exercer sur la vessie; il serait encore bien plus inexact de nier les troubles que peuvent exercer les prolapsus génitaux, complets ou non, et même le simple prolapsus vaginal antérieur, la cystocèle vaginale.

Le fibrome peut, en effet, donner lieu à de la rétention d'urine, le plus souvent passagère, quelquefois permanente, tantôt partielle, ou, si l'on aime mieux, incomplète, analogue à celle qu'on observe chez les prostatiques. Mais cette rétention est aseptique, tout au moins au début. Elle est, en tout cas, mécanique, et constitue une indication opératoire de premier ordre.

Très rares sont les rétentions causées par les déviations utérines (rétro et surtout anté-déviations). Au contraire, les prolapsus génitaux, et parmi eux celui de la paroi vaginale antérieure ou cystocèle vaginale, sont une cause fréquente de rétention sinon complète, du moins partielle. Et cette rétention partielle, qui m'a fait tout à l'heure comparer ces vessies aux vessies des prostatiques, peut s'accompagner comme chez les prostatiques et peut être plus facilement que chez eux, de dilatation des uretères. La paroi vésico-vaginale, en tombant, entraîne les uretères, qui sont alors déviés et qui peuvent être coudés. Par suite, leur canal peut être rétréci et même obstrué de temps en temps. Il en résulte la dilatation des calices et du bassinet et, pour peu que l'infection survienne, il se développe une pyélite ou une pyélo-néphrite latente, à évolution lente, dont on ne saurait méconnaître la gravité ; elle peut influer beaucoup sur le pronostic des opérations que l'on pratique en pareil cas et qui, à l'ordinaire, sont cependant tout à fait bénignes.

Les troubles mécaniques s'observant dans les états génitaux dont je viens de parler sont relativement assez fréquents. Les lésions infectieuses survenues d'emblée, sans troubles mécaniques antérieurs, ayant nécessité le sondage, sont au contraire rares. Aussi, quand on voit les urines troubles chez une femme atteinte de fibrome utérin ou de déviation utérine, quand ce trouble de l'urine date d'un certain temps, même s'il y a eu un ou plusieurs cathétérismes antérieur, il faut se méfier et s'attendre à ce que les traitements appliqués aux lésions génitales n'aient aucune influence sur les lésions urinaires. Il en sera surtout ainsi quand on se trouvera en présence d'une tuberculose urinaire. Aussi, avant de proposer une intervention sur l'appareil génital, *est-il nécessaire de faire un examen complet de l'appareil urinaire*. Il conduira souvent à proposer une opération *urinaire* plutôt que *génitale*. C'est ce qui aurait dû être fait chez la malade dont j'ai rapporté l'observation, et que son fibrome ne gênait nullement.

Et ceci m'amène à cette conclusion finale, qu'il est sage de considérer comme indépendantes, quand elles coïncident, les lésions de l'appareil génital chez la femme et celles de l'appareil urinaire, de ne pas s'exagérer l'influence que peuvent exercer sur la vessie l'utérus et ses annexes, et de ne pas croire que la suppression de la lésion utérine entraînera celle des lésions urinaires. Souvent, en effet, il suffira de traiter les lésions urinaires, sans s'occuper des lésions génitales, surtout si celles-ci comportent une opération. Disons, toutefois, que cette opération peut être indiquée par d'autres considérations que celles tirées de l'état de l'appareil urinaire, surtout quand les troubles mécaniques dominent la scène.

REVUE DE CHIRURGIE

Péricardite tuberculeuse (*Trib. Méd.*).

Le diagnostic des péricardites n'est pas toujours aisé, celui de la péricardite tuberculeuse l'est encore moins que les autres, dit *M. Rochard*.

Peut-on se fier à la ponction comme moyen de diagnostic d'abord, comme moyen thérapeutique ensuite ?

1° *Comme moyen diagnostic, la ponction est un moyen infidèle.* — En effet, bon nombre de collections péricardiques s'enkystent en arrière du cœur. Cet enkystement peut être primitif. Parfois, il se fait secondairement, la collection est tout d'abord péri-cardique et le hasard des adhérences localise en arrière le liquide. Il est évident que la ponction faite au lieu d'élection ne ramènera pas de liquide. Ces ponctions blanches déroutent le clinicien, dont le diagnostic est souvent hésitant.

La ponction est un moyen dangereux. — *MM. Delorme et Mignon*, dans leur mémoire (*Rev. de Chir.*, 1895) ont recueilli plusieurs exemples de blessures du cœur. Ces blessures sont d'ordinaire peu graves. Mais on a cependant signalé des cas de mort.

2° *La ponction est un moyen de traitement insuffisant.* — Les signes fonctionnels produits par la péricardite, sont en général très intenses : état asphyxique, pouls incomptable, cyanose des extrémités.

On conçoit que l'évacuation a besoin d'être

complète et rapide. La ponction, dans le cas publié par *M. Jacob* et rapporté par *M. Rochard*, ne donna rien, alors que la péricardiotomie donna un litre de liquide. Dans ce cas, si l'on en était resté à la ponction, le malade serait mort dans un bref délai.

Les péricardites tuberculeuses traitées par la ponction, même lorsque cette ponction a été évacuatrice, guérissent très rarement. Delorme et Mignon, sur 20 cas traités, eurent 18 morts, alors que sur 5 malades opérés par la péricardiatomie 4 guérirent.

D'après *M. Rochard*, le traitement de choix est la péricardiotomie, qui agit sur la péricardite tuberculeuse, comme la laparotomie sur la péritonite tuberculeuse.

Comment doit-elle être pratiquée ? Il faut réséquer les 5e et 6e cartilages costaux, désintéresser et récliner en dehors le triangulaire du sternum, repousser le cul-de-sac pleural, et inciser enfin le péricarde. Il ne faut pas drainer, disent *MM. Jacob et Rochard*, le thorax doit être complètement refermé, sans cela on transforme une tuberculose fermée en une tuberculose ouverte, et le malade meurt à coup sûr.

En résumé, il ne faut pas compter sur la ponction pour confirmer le diagnostic, mais avoir recours à la radioscopie et, au point de vue thérapeutique, faire la péricardiotomie, qui ne doit absolument pas être suivie de drainage.

Le drainage du péricarde

Y a-t-il danger à drainer le péricarde ? Pour répondre à cette question, plusieurs cas doivent être envisagés :

1° Il y a plaie pénétrante ;

2° Il y a péricardite.

Dans les plaies pénétrantes du péricarde et du cœur, on est à peu près d'accord maintenant pour ne plus drainer. C'est l'avis de *MM. Souligoux, Rochard* et d'autres auteurs.

M. Rochard dit même que seules ont guéri les plaies du péricarde et du cœur opérées sans être drainées.

M. Mauclaire rappelle cependant qu'il ne faut pas exagérer et se bien rappeler que dans la récente statistique de *Salomoni*, qui porte sur 150 cas de plaies du cœur, on trouve un certain nombre de cas de guérisons dans lesquels le drainage a été fait.

Dans la péricardite, les avis sont très partagés. *MM. Jacob, Rochard, J.-L. Faure* repoussent le drainage. On transforme une tuberculose fermée en une tuberculose ouverte, disent-ils, il ne faut donc pas s'étonner de voir succomber les malades traités par la péricardiotomie suivie de drainage.

Pour empêcher les accidents de se produire, à mesure que le liquide se reforme, il faut simplement ne pas fermer le péricarde et se contenter de réunir les plans superficiels.

Il faut drainer, dit *M. Souligoux*. Toutes les péricardiotomies drainées ne sont pas suivies de mort : témoin l'observation de *Gibson* qui a guéri un malade en drainant le péricarde. Il y a intérêt à drainer, car on évite les accidents qui pourraient se produire au moment de la formation de nouveau liquide.

M. Jacob, en laissant le péricarde ouvert dans le tissu cellulaire du voisinage, favorise l'inoculation de ce tissu. S'il s'agit de péricardite tuberculeuse, il faut s'attendre à voir des colonies secondaires se produire ainsi.

Il faut cependant se préoccuper de l'infection secondaire du péricarde, qui peut se produire par l'intermédiaire du drain. On peut parer à cet inconvénient, et pour cela M. Souligoux recommande de mettre un drain fermé à son extrémité ; ce drain peut être ouvert de temps à autre quand on juge que du liquide s'est reproduit dans le péricarde.

Diagnostic de la péricardite

Pour pouvoir opérer en temps utile une péricardite, il faut en connaître l'existence. Mais le diagnostic de cette affection est fort malaisé à faire, disent les médecins. Souvent il faut avoir recours à la ponction, et, même l'aiguille en main, le diagnostic peut rester hésitant.

Cette conception des choses est absolument fausse, prétend *M. Delorme*.

Il y a en effet deux cas absolument distincts à prendre en considération : les péricardites médicales à petits épanchements, les péricardites chirurgicales à gros épanchements, à symptômes tapageurs.

Dans le premier cas, le diagnostic est difficile. Ce n'est que par une autorisation et une percussion de tous les jours que l'on décèle une péricardite dont le début est parfois très insidieux.

Cette forme n'intéresse pas le chirurgien, car il n'a pas à intervenir.

Seules les péricardites à grands épanchements doivent attirer son attention.

Les péricardites arrivées à ce terme ultime ont des symptômes nets.

M. Delorme met au premier plan la dyspnée, les signes cardiaques et la matité.

La dyspnée fixe d'abord l'attention ; elle est extrêmement intense et va jusqu'à l'asphyxie. Les troubles cardiaques sont surtout caractérisés par la tendance à la cyanose, un pouls extrêmement rapide et petit. Ce pouls revêt souvent la forme paradoxale. Ce signe a une grosse valeur, disent les médecins, et doit suffire à faire le diagnostic.

Voici en quoi il consiste :

On perçoit cinq ou six pulsations, puis, pendant la même durée, on ne perçoit plus rien, alors que le cœur continue à battre.

La dyspnée et les troubles circulatoires se rencontrent évidemment dans beaucoup d'autres affections, soit pulmonaires, soit cardiaques. Ces signes fonctionnels prennent une valeur particulière, du fait que l'on constate l'existence de la matité dans la région péricardique. Cette matité est considérable.

Dans le sens vertical, la région mate peut mesurer 15 centimètres et dans le sens transversal 20 centimètres. En largeur elle dépasse à droite le sternum et vient à gauche jusqu'à la ligne axillaire. En haut, elle peut s'étendre du deuxième cartilage au septième.

Dyspnée, pouls rapide et paradoxal, matité étendue, tels sont les symptômes qui imposent au chirurgien le diagnostic de gros épanchement péricardique. Il existe beaucoup d'autres petits signes, qui peuvent être laissés de côté, tant les signes précédents sont importants.

Ce sont : la voussure de la région péricardique, l'œdème pariétal, la douleur le long du phrénique (point xyphocostal et sterno-mastoïdien), frottements pleuraux disparition des bruits du cœur.

Il existe des cas dans lesquels la matité manque ou n'est pas extrêmement importante. Ces cas correspondent surtout aux épanchements qui se sont faits en arrière du cœur. L'absence de la matité gêne le diagnostic. Delorme insiste alors beaucoup sur la valeur de la radioscopie.

Voici les caractères des images radioscopiques, tels que les a précisés *Bouchard*, dans le cas d'épanchement intrapéricardique :

1° L'ombre cardiaque est augmentée dans tous les sens.

2° Le contour de l'ombre cardiaque change de forme, elle devient régulièrement circulaire, sauf, à la hauteur du diaphragme.

3° Les mouvements rythmiques que présente ordinairement l'ombre cardiaque disparaissent presque complètement.

REVUE DE BIOLOGIE

Sérothérapie de la poliomyélite antérieure aiguë (maladie de Heine-Medin), par MM. Netter, A. Gendron et Touraine.

Levaditi et Landsteiner ont montré les premiers que le sérum des singes, qui ont été malades après inoculation du virus de la poliomyélite et qui ont survécu, neutralise ce virus *in vitro*. Cette neutralisation est obtenue également avec le sérum d'enfants ou d'adultes qui ont eu une paralysie infantile sporadique ou épidémique (Netter). Flexner et Lewis ont prouvé la possibilité d'empêcher, chez le singe, le développement de la poliomyélite au moyen d'injections intrarachidiennes répétées de sérum doué de cette propriété neutralisante, à condition d'employer des doses assez importantes et suffisamment répétées et de commencer le traitement de bonne heure. Les auteurs ont appliqué cette méthode au traitement de quatre enfants et adolescents dont la paralysie était encore en voie d'extension. Les inoculations intrarachidiennes, suivant les cas, ont été répétées trois et neuf fois. La quantité de sérum, à chaque injection, a été, en moyenne, de 7 centimètres cubes, deux fois de 15, une fois seulement de 3. Une fois seulement l'injection a déterminé un peu de raideur passagère. Le sang avait été recueilli chez des sujets dont la paralysie remontait à l'épidémie présente ou à des paralysies infantiles de vieille date. Un des petits malades de vingt-deux mois a succombé, au cours du traitement, à une paralysie respiratoire. Chez les trois autres, la marche progressive de la paralysie a été promptement enrayée, et les manifestations paralytiques les plus récentes ont rétrocédé complètement. Le cas le plus intéressant est celui d'un jeune homme de dix-sept ans chez lequel les deux premières injections ont amené une amélioration notable, mais dont la maladie présentait, trente-six heures après, une reprise inquiétante qu'arrête une série de six injections consécutives.

Les auteurs peuvent d'ailleurs rapprocher leurs résultats de ceux que leur fournissent dix-neuf malades tout à fait comparables et non soumis à ce traitement. La mortalité fut de 31,5 p. 100 au lieu de 25, les améliorations de 36,8 p. 100 au lieu de 75. Sur ces dix-neuf malades, six ayant reçu des injections intrarachidiennes de sérum antiméningococcique fournissent une mortalité de 50 p. 100 et une proportion de régressions de 33 p. 100.

Le traitement qu'ils ont employé a donc fourni la preuve de son utilité. Il a d'autant plus de chances de réussir qu'il est commencé de meilleure heure, et il y aura surtout lieu d'en espérer du succès quand on aura pu faire le diagnostic de la poliomyélite à la phase préparalytique.

(*Soc. de biol.*)

Variolisation du singe.

MM. P. Teissier, Duvoir et Stévenin ont variolisé 14 singes. Sept furent inoculés par voie cutanée, trois par voie digestive, trois par autre, 2 singes de mêmes espèces servirent de voie trachéale, un seul par voie veineuse. En témoins.

Les résultats furent les suivants : les animaux varielisés par voie interne soit à l'aide de croûtes, soit à l'aide de virus frais n'eurent aucune éruption ; parmi les singes inoculés à la peau, 2 soumis à l'inoculation de croûtes varioliques anciennes ne présentèrent aucune réaction locale alors que les 5 autres inoculés avec de la lymphe variolique fraîche eurent une éruption occupant toute l'étendue des traits de scarification et dans un cas une éruption générale discrète. Il est à remarquer que sur 2 de ces animaux inoculés comparativement d'un côté

avec de la lymphe hyaline et de l'autre avec de la lymphe purulente prélevées sur le même malade, la lymphe hyaline se montra sensiblement plus active. Tous les animaux, sauf un, survécurent à l'inoculation variolique. Ultérieurement un lot subit une seconde inoculation variolique, tous furent vaccinés. La réinoculation variolique resta négative, l'éruption vaccinale fut discrète et retardée.

Ces expériences comportent divers enseignements :

1° Elles prouvent que l'insuccès des expériences de variolo-vaccination rapportées à l'Académie de médecine par ces mêmes auteurs ne peut être attribué à un défaut de virulence des semences varioliques et montre que la lymphe variolique primaire du singe n'est pas plus active pour la génisse et le lapin que la lymphe variolique humaine.

2° Elles donnent la preuve que, contrairement à l'opinion de certains auteurs étrangers, le virus frais est plus actif que le virus ancien conservé à la glacière, la lymphe hyaline que la lymphe purulente, toutes les deux plus que les croûtes.

3° Elles indiquent que, contrairement à l'opinion classique mais conformément à l'opinion défendu par MM. Roger et P.-E. Weill, Brinekerhoff et Tyzzer, si une première inoculation variolique semble complètement immuniser le singe vis-à-vis d'une seconde inoculation variolique, l'inoculation variolique ne lui confère vis-à-vis de la vaccine qu'une immunité irrégulière.

4° L'immunité vis-à-vis de la vaccine n'est pas sensiblement inférieure chez les animaux n'ayant présenté aucune réaction locale apparente, à celle observée chez les animaux ayant eu une réaction spécifique.

(Soc. de biol.)

Transmission de la scarlatine aux chimpanzés.

MM. Landsterneir et Levaditi, en inoculant dans la gorge et sous la peau des chimpanzés des produits prélevés chez des enfants atteints de scarlatine (dépôts amygdaliens et sang), ont conféré aux animaux une infection fébrile caractérisée par une angine ressemblant à celle de la scarlatine et par une éruption généralisée. Le chimpanzé ayant présenté cette éruption est mort, et à la nécropsie on constata des lésions du rein et de la peau, rappelant celles de l'infection scarlatineuse, et aussi une tuméfaction des ganglions. Le streptocoque ne paraît pas jouer un rôle important dans la genèse de la maladie expérimentale ; en effet, des recherches de contrôle ont montré que l'inoculation des coccus à chaînette (streptocoque scarlatineux) ne reproduit pas, chez les chimpanzés, les symptômes et les lésions de la maladie provoquée par les produits prélevés chez les sujets atteints de scarlatine.

(Soc. de biol.)

Cycle de l'élimination urinaire de l'acide phosphorique.

MM. Sarvonat et Genty ont étudié le cycle de l'élimination urinaire de l'acide phosphorique. Les urines de vingt-quatre heures étaient divisées en quatre portions, et les dosages ont été faits par la méthode de Neumann. Leurs analyses ont montré que l'élimination se fait surtout la nuit, et spécialement dans la deuxième moitié de celle-ci, tant chez les sujets sains que chez les tuberculeux.

(Soc. de biol.)

Constatation du tréponème dans la néphrite syphilitique secondaire.

MM. le Play et Sézary ont constaté la présence de tréponèmes dans les coupes histologiques des reins d'un malade mort de néphrite secondaire. Les parasites se trouvent uniquement dans les tubes contournés, le plus souvent dans les cylindres ou le dépôt albumineux qui obstruent leur lumière, quelquefois dans les cellules rénales elles-mêmes. Beaucoup sont déformés, en raison d'un traitement mercuriel prolongé et de leur séjour dans l'urine. Ils font défaut dans les glomérules, dans les vaisseaux, dans le tissus conjonctif.

Cette constatation, dont il n'existe actuellement pas d'autre exemple, explique la possibilité du passage du tréponème dans les urines et confirme l'affinité spéciale du micro-organisme pour les cellules parenchymateuse.

(Soc. de biol.)

Oosporose pulmonaire et bronchite chronique. Importance de la réaction de fixation dans la détermination du rôle pathogène des oosporas, par MM. L. Bory et H. Flurin.

Poursuivant les recherches de MM. Roger, Bory et Sartory sur les oosporoses les auteurs apportent une observation de bronchite chronique à oosporas qui leur permet de confirmer l'importance du rôle pathogène de ces organismes dans les affections subaiguës et chroniques des voies respiratoires.

Ce rôle est démontré par l'existence dans le sang de sensibilisatrice spécifique qui permet d'employer la réaction de fixation dans le diagnostic précis des oosporoses en général et de l'oosporose pulmonaire en particulier.

Dans le cas rapporté, qui est le premier en l'espèce, la sensibilisatrice fixait le complément non seulement en présence de l'oosporose du malade, mais encore avec l'oospora isolée dans un cas tout différent.

On ne saurait donner de preuve plus manifeste de l'existence des oosporoses.

(Soc. de biol.)

CARNET DU PRATICIEN

Mycoses

1° Sirop iodotannique	500	grammes
Iodure de potassium	33	—
2° Eau chlorhydrique à 1 0/0	20	grammes
Phosphate monocalcique cristallisé	10	—

Faire dissoudre sans porter à l'ébullition.

D'autre part, faire dissoudre :

KI	33	grammes
Sirop iodotannique	480	—

Puis mêler.

3° Eau chlorhydrique à 1 0/0	50	grammes
Phosphate monocalcique cristallisé	25	—

Faire dissoudre sans porter à l'ébullition.

D'antre part, faire dissoudre :

Arséniate de soude	0 gr.	05
Sirop iodotannique	500	grammes
KI	300	—

Puis mêler. — L'inconvénient de ces trois formules est leur goût désagréable : il faut en être prévenu, et nos malades préfèrent absorber séparément le sirop iodotannique simple ou composé, et d'autre part une solution iodurée dans le sirop d'écorces d'oranges amères, qui masque mieux l'amertume de l'iodure.

4° Sirop de gentiane	300	cc.
— de quinquina	300	cc.
— d'écorces d'oranges amères	300	cc.
KI	60	grammes
Tartrate de fer ammodiacal	18	—
5° Sirop de salsepareille	500	cc.
KI	33	grammes
6° Vin blanc ou de madère	500	cc.
KI	33	grammes
7° Sirop simple	350	cc.
Anisette de Bordeaux	150	—
KI	33	grammes

Ces dernières formules permettent de faire absorber l'iodure sous une forme non désagréable au goût. Ce sont là des détails que vous ne devrez pas négliger en pratique, si vous voulez que le traitement ioduré soit exactement suivi.

8° KI pulvérisé	100	grammes

dans un flacon bouchant hermétiquement.

(A recommander pour les ouvriers et voyageurs prenant leur repas dehors); avoir une mesure en bois du genre des cuillères à moutarde ou à sel titrant un ou deux grammes d'iodure. Au moment de la prise du médicament, faire dissoudre la quantité voulue dans un verre d'eau ou de lait, ou de vin.

Menstruation trop abondante associée à l'anémie

Sous-carbonate de fer	0 gr. 10
Ergotine	0 gr. 05
Bromhydrate de quinine	0 gr. 01
Extrait de belladone	0 gr. 005

Eczéma suintant des enfants

Oxyde de zinc	2	grammes
Glycérine	2	—
Talc	2	—
Alcool dilué	10	—
Eau distillée	10	—

On peut employer aussi des pansements humides à la résorcine à 1/4 1/2 0/0.

Epilepsie

Prendre tous les jours 2 grammes du mélange des bromures :

Bromure de potassium	300	grammes
— de sodium	300	—
— d'ammonium	300	—

(Prof. Aug. Forel, de Lausanne).

Indications des Stations hydrominérales et climatiques

En romain. — Stations hydrominérales possédant un établissement et des hôtels et vendant de l'eau en bouteille.

En romain souligné d'un trait. — Stations hydro ayant établissement et hôtels, mais n'expédiant pas d'eau.

En «italique». — Stations vendant de l'eau minérale ne possédant ni hôtels ni établissement hydrominéral.

Albuminuries. — Saint-Nectaire.
Anémie. — Cauterets, Lamalou, La Bourboule.
Arthritisme. — Contrexéville, Cauterets, Martigny, Mont-Dore.
Artério-sclérose. — Plombières, Brides.
Asthme. — Mont-Dore, Cauterets, La Bourboule.
Bronchites. — Cauterets.
Bronchites chroniques. — Cauterets, Mont-Dore, La Bourboule.
Coliques hépatiques. — Contrexéville, Martigny.
Constipation. — Cauterets, Châtel-Guyon.
Coryza chronique. — Mont-Dore, Cauterets, La Bourboule.
Dermatoses. — Martigny, Saint-Christau, La Bourboule.
Diabètes. — Contrexéville, La Bourboule, Martigny, Vichy.
Dyspepsies. — Plombières, Cauterets.
Emphysème. — Mont-Dore, La Bourboule.
Entérites. — Châtel-Guyon, Brides, Cauterets, Plombières.
Estomac. — Vichy, Plombières.
Foie. — Contrexéville, Martigny, Brides.
Gorge. — Mont-Dore, Luchon, Cauterets, La Bourboule.
Goutte. — Contrexéville, Martigny, Aix-les-Bains.
Gravelle urique. — Contrexéville, Châtel-Guyon, Martigny, Vichy.
Laryngites. — Cauterets, La Bourboule.
Leucoplasie. — Saint-Christau.
Lymphatisme. — Salins-Moutiers.
Métrites. — Plombières, Salins-Moutiers.
Névralgies. — Plombières.
Nez. — Mont-Dore, Cauterets, La Bourboule.
Obésité. — Brides-les-Bains.
Reins (Lavage). — Contrexéville, Martigny.
Rhumatismes. — Aix-les-Bains, Plombières, Cauterets, Dax.
Rhume des Foins. — Mont-Dore, La Bourboule.
Sciatique. — Aix-les-Bains.
Syphilis. — Cauterets, Aix-les-Bains.

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 17.500 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 33, rue J.-J. Rousseau

Le Gérant : Docteur Lucien Graux

REVUE FINANCIÈRE

Malgré les fêtes de la Pentecôte, la hausse s'est produite sur toute la cote.

Les Banques ont fait de grands progrès, justifiant nos pronostics. La Société Générale a fait 790 après 780. Le Crédit Lyonnais, l'Union Parisienne sont en forte plus-value.

Le marché des Mines d'or a montré une activité à laquelle il ne nous avait pas habitués depuis longtemps. La Central Mining, la Rand-Mines, la Goldfields sont en hausse.

Les Sucreries d'Egypte (ordin.), sur lesquelles nous attirions l'attention, sont en plus-value à 81 fr. De même pour les Lonély.

Nous sommes heureux de constater la justesse de nos prévisions.

A.-S. WEIL.

CHEMINS DE FER ET TRAMWAYS ÉLECTRIQUES
DES
Basses-Pyrénées et Pays Basques

Dans notre précédent article, nous avons donné un aperçu général de l'entreprise et des réseaux en exploitation on à exploiter.

On a donc pu se rendre compte que la situation réellement privilégiée des lignes leur assurait un trafic aussi considérable que rémunérateur.

Les différents réseaux de la Compagnie desservent, en effet, des centres d'excursion renommés où les voyageurs afflueront en nombre d'autant plus grand que les moyens de communication seront plus pratiques.

Il n'est personne en France aujourd'hui qui ne connaisse, au moins de réputation, la grandeur des panoramas pyrénéens et le charme de la côte qui s'étend de Biarritz à Saint-Sébastien.

Or, on sait qu'une des lignes relie Biarritz à St-Sébastien et Tolosa, mettant en communication directe la France et l'Espagne et desservant toutes les stations et plages de cette pittoresque contrée.

Contrée pittoresque, c'est bien le qualificatif qui convient à une telle région, où la mer et la montagne se réunissent et s'entremêlent pour constituer des panoramas de toute beauté.

Biarritz, à la fois station de bains de mer, station d'hiver et station thermale avec ses bains salins, est, sans contredit, la reine des plages cosmopolites de France.

Cette ville, qui n'était avant 1855, qu'un pauvre hameau de pêcheurs, est maintenant une riche cité qui reçoit annuellement plus de 150.000 résidents et plus de 4 millions de visiteurs, d'après les chiffres officiels communiqués par les Compagnies de chemins de fer.

En quittant Biarritz, à 6 kilomètres, on rencontre Bidart, type parfait du village basque.

A 4 kilomètres, en face de Bidart, la station balnéaire de Guéthary étale ses villas et ses terrasses fleuries.

Puis, c'est St-Jean-de-Luz, la capitale du pays basque français, plein de souvenirs historiques, séjour d'hiver aussi bien que d'été, particulièrement fréquenté par la colonie anglaise.

C'est Ciboure, Urrugue, pittoresquement perché sur un contrefort abrupt, et l'on arrive à Hendaye-Plage, située à 3 kil. 1/2 de Hendaye-Ville.

Hendaye, on le sait, c'est à la fois la mer et la montagne; la température y est si douce que les palmiers y croissent en plein air. D'importants travaux se poursuivent actuellement, susceptibles de mettre bientôt Hendaye au premier rang des plages à la mode.

Sur la rive opposée de la Bidassoa qui forme la frontière, on trouve Fontarabie et Irun.

Jusqu'ici, on ne pouvait se rendre de Hendaye à Irun qu'en barque, à moins de faire un long détour par le pont de Béhobie à plus de 4 kilomètres.

La construction d'un nouveau pont traversé par la ligne des tramways mettra désormais les deux pays en relation directe et la ligne deviendra, de ce fait, une voie internationale importante.

D'Irun, le tramway gagnera Oyarsun, pour atteindre à 3 kilomètres environ, Rentéria, un des centres industriels des plus importants de Guipuzcoa.

A mi-chemin de St-Sébastien, à l'embouchure de l'Oyarsun, s'étend le port de Passages, le meilleur de toute la côte de Guipuzcoa et de Biscaye, jouissant d'un trafic considérable.

Des services réguliers des « Chargeurs Réunis » et des « Messageries maritimes » mettent Passages en relation constante avec Rio de Janeiro, Santos, Montevideo et Buenos-Ayres.

Et nous atteignons enfin Saint-Sébastien, chef-lieu de Guipuzcoa, station aristocratique, séjour d'été de la Cour, la plage la plus fréquentée de l'Espagne.

La vogue dont jouit cette station est d'ailleurs entièrement justifiée par sa situation agréable et salubre; dans les premiers jours de juillet, la famille royale quitte Madrid pour St-Sébastien, et c'est dès lors une suite ininterrompue de fêtes: les courses de taureaux, entre autres, attirent une foule énorme accourant de tous les environs, malgré le prix du voyage démesurément exagéré (une voiture se paie couramment 150 francs de Biarritz à St-Sébastien).

Quant au chemin de fer, il est toujours d'une lenteur désespérante et les jours de course, inabordable.

Inutile de dire que le public donnera la préférence au tramway, en raison de ses fréquents départs et de ses tarifs modiques.

Au sortir de St-Sébastien, nous quittons la côte pour entrer dans une région essentiellement industrielle, dont nous avons signalé l'activité dans notre précédent article, et sur laquelle nous croyons par conséquent inutile de revenir.

Tel est le cadre dans lequel se déroulera la ligne de Biarritz-St-Sébastien-Tolosa. La seule énumération à laquelle nous venons de procéder suffit à vous indiquer qu'elle est assurée d'un trafic considérable et rémunérateur.

On estime, rappelons-le, à 358.000 le chiffre des habitants appelés à bénéficier de cette ligne.

Plus de 2 millions de voyageurs ont circulé l'an dernier entre Béhobie, Irun, Rentéria, Passages et St-Sébastien.

Irun seul en a reçu plus de 800.000. La moyenne journalière des voyageurs passant la Bidassoa-Frontière en bac est considérable. Le mouvement de voyageurs à St-Sébastien est de 4 millions environ par an.

Il est évident que les Tramways électriques activeront la circulation dans une proportion très importante, puisqu'ils constitueront un moyen de transport à la fois plus rapide et moins coûteux.

Si maintenant nous passons aux lignes Bayonne-Anglet-Biarritz, et au groupe Pau-Oloron-Mauléon, nous constatons les mêmes éléments d'un trafic considérable.

Le cadre de cet article ne nous permet pas de nous étendre comme nous le voudrions sur les régions desservies par ces réseaux; mais il est de notoriété publique qu'elles constituent également des centres d'excursions célèbres; tout le monde connaît d'ailleurs le mouvement énorme de voyageurs créé par les pèlerinages de Lourdes, dont la Compagnie ne manquera pas de tirer le plus grand profit.

On a pu voir par le précédent article, l'attrait que présentait l'action privilégiée de la Compagnie des *Chemins de fer et Tramways électriques des Basses-Pyrénées et Pays Basques*, attrait immédiat, puisqu'un intérêt intercalaire de 4 0/0 a été prévu pour deux ans et sera acquis au bout de sept mois seulement pour les acheteurs actuels, le premier exercice prenant fin en décembre 1911.

Et nous avons vu également que le dividende statutaire de 5 0/0 n'exigeant qu'un décaissement de 150.000 francs pour les 12.000 actions privilégiées, il est très vraisemblable qu'une partie tout au moins, sinon la totalité du solde prévu aux statuts sera effectivement distribué.

L'introduction de cette valeur, que nous annoncions pour les premiers jours de juin, aura lieu le 7 juin, au cours de 256 francs, à la Bourse de Paris.

Il n'est pas douteux que le marché ne fasse un accueil chaleureux à ce titre qui, étant données les brillantes perspectives présentées par cette entreprise, doit normalement atteindre des cours bien supérieurs à ceux de l'introduction.

Association médicale internationale contre la guerre

Cette intéressante association, fondée en 1905 et dirigée par notre ami le Dr Rivière, vient de publier un gros ouvrage contenant les actes et manifestations diverses de cette œuvre humanitaire. Ses moyens d'action sont des plus importants; elle ne comprend pas moins de 10.000 membres groupés dans des Comités nationaux et elle exerce une action manifeste dans la tendance pacifiste qui tend à se faire jour dans la presse mondiale. Les médecins sont respectés et écoutés et leur parole peut avoir dans leur entourage une influence décisive. Il était très intéressant de réunir dans une même action aussi heureuse leurs efforts disséminés.

L'œuvre de Rivière doit être encouragée et les adhésions devraient être de plus en plus nombreuses. Les adhésions n'entraînent à aucun frais.

82e Année (Série XIIIe) — N° 98 LE NUMÉRO : 25 CENTIMES Mercredi 14 Juin 1911

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
9, Rue Denis-Poisson, PARIS
TÉLÉPHONE : 573-40

ABONNEMENTS :
Paris et Départements ... 10 fr.
Union postale......... 15 fr.
Edition Espagnole .... 10 fr.
Edition Portugaise.... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

DIRECTEUR :
Dr LUCIEN GRAUX
Lauréat de l'Institut

Hors concours, Membre du Jury
Exposition franco-britannique 1908
Vice-Prés. Expos. Bruxelles Cl. 16

Ancienne *Gazette de Santé*
(139e Année)

ÉCHOS

Un médecin militaire français mort en héros.

Une dépêche de Ras-el-Ma annonce que le médecin-major Lucien Auvert vient de mourir en héros au Maroc, dans l'engagement du Mékès, à deux heures de Fez. Il était né à Saint-Etienne-de-Saint-Jouars, dans l'Isère, le 25 août 1881. Son père, ancien receveur de l'enregistrement à Grenoble, est mort depuis dix ans.

De fortune extrêmement modeste, Lucien Auvert dut à son seul travail de passer brillamment ses examens pour l'école de médecine militaire de Lyon. Il avait quatre années de service à accomplir aux colonies et avait été désigné pour servir au 2e régiment de tirailleurs, à Philippeville. Lors de la première expédition du Maroc, Lucien Auvert avait demandé d'être incorporé à la colonne; ce qu'il sollicitait comme une grande faveur lui fut refusé. Mais au début de la deuxième campagne, il fut affecté au 4e goum faisant partie des avant-gardes de la colonne Brulard. Partout le médecin major Auvert s'était distingué par des actes de bravoure.

Voici comment est mort notre confrère :

Vers 9 heures du matin, le nombre des ennemis grossissant, la brigade Gouraud est obligée de rester « accrochée » pour que le convoi puisse terminer son mouvement. Elle se trouve très fortement engagée. On annonce de notre côté des morts et des blessés.

A deux reprises, la batterie de montagne Beanchet est obligée d'intervenir pour dégager, par un tir très précis, l'infanterie, car les Marocains arrivent au galop de leurs chevaux à moins de trente mètres.

A ce moment, le médecin aide-major Auvert est tué d'une balle en pleine poitrine. Auvert eut la plus belle mort qu'on puisse souhaiter à un médecin militaire; il tomba alors qu'il s'était porté sur la ligne de feu pour ramasser un blessé grièvement atteint.

On voulait enlever ce dernier pour le panser à l'abri du feu.

Non! non! dit Auvert, *le transport pourrait peut-être lui être fatal. J'ai le temps, en quelques minutes, de lui faire un premier pansement qui pourra le sauver.*

Et il se baissa pour prodiguer ses soins au soldat. C'est donc pendant qu'il essayait d'arracher un homme à la mort qu'il tomba lui-même mortellement atteint.

Il y a encore — quoiqu'on en dise — de braves gens en France et parmi tous nos camarades des armées de terre et de mer il n'y en a pas qui n'ambitionne cette mort de soldat; les médecins des réserves montreraient le jour du danger la même bravoure, le même héroïsme simple et magnifique et seraient à la fois, comme Auvert, des soldats et jusqu'à la fin et avant tout des médecins.

Un acquittement.

Nous saluons l'acquittement de notre confrère le Dr Long-Savigny, détenu de longs mois, considéré comme un coupable et jeté en victime de la grande presse, trop heureuse de faire connaître un nouveau scandale. Long-Savigny était universellement estimé, avait une situation officielle. Il n'y avait aucune urgence à l'arrêter: coupable, il ne se serait pas dérobé aux responsabilités encourues. C'est odieux d'avoir sali un innocent et d'avoir brisé sa vie en le relâchant sans un mot de regret, sans une excuse : Thémis peut se tromper!

Ajoutons qu'il a repris ses fonctions de Directeur du Bureau d'hygiène.

Les globules rouges

Le Globéol augmente la *richesse* des globules rouges en *quantité* et en *qualité*. Les recherches faites dans votre laboratoire vous le prouveront aisément.

La vaccination à bras.

La Société médicale des praticiens a adopté, à l'unanimité, un vœu demandant la suppression de la vaccination directe de génisse à bras, à Paris, en temps d'épidémie.

Au Tribunal

D'un jugement du tribunal correctionnel de Lyon du 29 mai 1907, confirmé en appel, il appert que MM. Alezard et Ribard, pharmaciens à Lyon, et Isler et Hontte, imprimeurs même ville, ont été condamnés pour contrefaçon de la marque des « Pilules Pink », dont la propriété a été consacrée une fois de plus.

Les pharmaciens susdits ont été condamnés à deux mois et un mois de prison et les imprimeurs à quinze jours, tous solidairement à 3.000 francs de dommages-intérêts et aux dépens.

Nos dents.

MM. les fils de Henri Picard, 131, boulevard Sébastopol à Paris dont la réputation est mondiale, sont très certainement les fabricants possédant le plus grand assortiment d'instruments de chirurgie dentaire. Le catalogue illustré de cette maison sera envoyé à titre gracieux à tous nos confrères qui voudront bien en faire la demande de notre part.

Nouveau métal radioactif

Le professeur Hahn, de l'Université de Berlin, a découvert dans les résidus des manchons à gaz un nouveau corps auquel il a donné le nom de mésothorium; le bromure de ce nouveau métal est doué de propriétés radioactives plus énergiques que celles du radium.

L'Allemagne produit, paraît-il, annuellement 40 grammes de bromure de mésothorium, chiffre égal à celui de la production mondiale de radium.

Peut-on vivre cent cinquante ans?

M. Thomas Edison, le célèbre inventeur américain, l'affirme; bien plus, il espère atteindre lui-même cet âge.

— Je suis capable de penser et de travailler deux fois autant que la plupart des gens, déclare M. Edison; et je dois ce résultat à mon système de vivre qui se fonde sur trois principes : savoir manger, savoir dormir et savoir s'habiller.

La plupart des gens mangent trop et se donnent trop peu de mouvement. Ils chauffent leur générateur avec trop de charbon. En ce qui me concerne, je mange exactement ce qu'il me faut, et cela est très peu. Il s'ensuit que, trente secondes après avoir posé ma tête sur l'oreiller, je suis endormi. Je dors six heures et je n'ai jamais rêvé de ma vie. J'ai soixante-quatre ans et je ne me suis jamais senti plus apte à penser et à travailler. Je travaille depuis l'âge de douze ans et j'espère bien continuer jusqu'à cent cinquante.

Je dois cette résistance physique en partie aussi à ma manière de m'habiller. Regardez mes chaussures; elles sont deux fois plus grandes que mes pieds. Il en est de même de mes chemises et de mes pantalons. Ainsi je donne à mes veines et artères la liberté de mouvement qui facilite le parfait accomplissement de leurs fonctions.

Ajoutons que M. Edison n'a pas de vice, sauf un tout petit : il mâche du tabac. Sa femme a bien essayé de l'en déshabituer, mais lorsqu'elle a appris que le plus haut magistrat américain de l'ordre judiciaire en fait autant, elle n'a plus rien trouvé à redire.

LES NOTIONS INDISPENSABLES SUR LA LUXATION CONGÉNITALE DE LA HANCHE

Par F. CALOT, de Berck

Chirurgien en Chef de l'Hôpital Rothschild, de l'Hôpital Cazin et de l'Institut Orthopédique de Berck

De toutes les difformités congénitales, la luxation de la hanche est la plus commune.



Fig. 1. — Une radiographie de luxation unilatérale (c'est l'enfant de la fig. 5, voir la même, réduite, fig. 2).

Elle peut exister d'un côté ou des deux. Dans un peu plus de moitié des cas, elle est unilatérale.

Cinq à six fois plus fréquente chez les filles que chez les garçons, elle est aussi plus fréquente dans certaines contrées : par exemple en France, c'est surtout en Bretagne et dans les provinces méridionales qu'on l'observe.

Ses causes sont mal connues.

L'hérédité a un certain rôle. Nous avons assez souvent retrouvé cette même difformité chez les ascendants directs ou collatéraux de nos petits luxés.

Les traumatismes obstétricaux ne nous paraissent pas avoir l'influence qu'on a dite. Par des tractions violentes l'on arriverait à produire (bientôt qu'une luxation) une fracture du col fémoral et par suite une coxa vara.

Mais nous n'en dirons pas autant des traumatismes subis pendant la vie intra-utérine. Nous avons vu les trois enfants d'une même famille (trois fillettes) atteintes toutes trois de luxation congénitale double. La mère, pendant ses grossesses, allait et venait constamment en chemin de fer, en auto, à cheval, elle avait même fait plusieurs chutes graves. Nous lui avons conseillé de garder un repos presque absolu pendant les grossesses à venir, ce qu'elle a fait. Et les cinq enfants (dont trois filles) qu'elle a eus depuis sont tous venus parfaitement normaux.

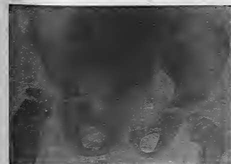


Fig. 2. — (La même enfant que fig. 1). — Réduction anatomique parfaite. Au point de vue fonctionnel, guérison intégrale. — Pas l'ombre de boiterie.

L'antécédent de syphilis, et peut-être de tuberculose, mais de syphilis surtout chez les parents, a, selon nous, une réelle influence sur l'étiologie de la maladie.

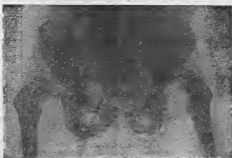


Fig. 3. — Radiographie de luxation congénitale double (voir la même, réduite, fig. 4).

Mais très souvent aussi, et même le plus souvent, il faut l'avouer, cette maladie apparaît sans aucune raison appréciable et dans les familles les plus saines.

L'étude de la pathogénie et de l'anatomie pathologique de l'affection ne nous aide pas à résoudre le problème de la cause véritable de la luxation.

S'agit-il d'un arrêt de développement, d'une malformation primitive du germe, d'une attitude vicieuse avec contracture musculaire ou d'une compression par le liquide amniotique pendant la vie intra-utérine ? Est-ce une lésion inflammatoire ou un traumatisme ?

Parmi toutes ces théories l'arrêt de développement de la cavité cotyloïde, l'absence de parallélisme entre l'accroissement de la tête fémorale et du cotyle nous paraissent expliquer le mieux la luxation congénitale.

Cet arrêt de développement serait lui-même sous l'influence d'une lésion, d'ailleurs mal connue, du système nerveux central.

Ce que nous savons du moins c'est que cette luxation est bien congénitale (c'est-à-dire existe dès la naissance) et non point « acquise », comme le pensait Verneuil, qui l'attribuait à une paralysie infantile survenue à une date plus ou moins rapprochée de la naissance : la théorie de Verneuil n'est plus soutenable.



Fig. 4. — L'enfant de la fig. 3. — Réduction anatomique parfaite. — Guérison fonctionnelle idéale. Aucun soupçon de boiterie.

Malgré tout, les causes véritables de la maladie demeurent très obscures.

Fort heureusement, nous sommes aussi avancés sur la question du traitement que nous le sommes peu sur celle de l'étiologie.

En effet, cette maladie qui, voilà dix à douze ans à peine, était encore incurable, se guérit très couramment aujourd'hui. Il n'est plus permis d'en douter, après les si nombreuses preuves cliniques, radiographiques (*v. fig. 1 à 4*) et anatomiques que nous en avons. Déjà, des milliers d'enfants ont été guéris soit par nous, soit par d'autres, c'est-à-dire que les petits opérés marchent d'une manière impeccable sans aucune trace de boiterie ; et quelques autopsies d'enfants ainsi traités, qui avaient succombé à d'autres maladies plusieurs années après, sont venues montrer que la tête fémorale, bien remise à sa place s'y tenait solidement.



Fig. 5. — Luxation congénitale droite de 9 ans (c'est l'enfant dont la fig. 1 reproduit la radiographie). On voit l'atrophie du membre luxé. Le raccourcissement est énorme. La jambe saine est obligée de se replier au genou quand les deux talons reposent sur le so

Cette « question préalable » de la curabilité de la luxation congénitale n'est donc plus discutable à l'heure actuelle.

Il y a mieux : le traitement, de complexe

et incertain qu'il était naguère, est devenu dans ces toutes dernières années aussi simple qu'efficace.

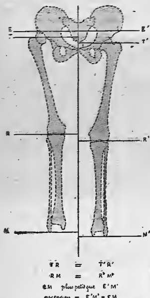


Fig. 6. — (La même enfant). Luxation congénitale de la hanche droite.

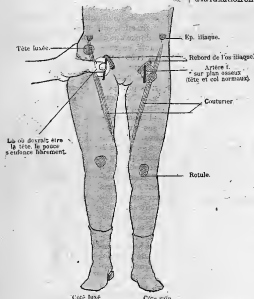


Fig. 7.— La même enfant. Luxation congénitale de la hanche droite. Diagnostic. On voit : 1° le raccourcissement de la jambe de ce côté : ascension du talon, du genou, de la grande lèvre ; 2° le grand trochanter (en partie caché par la main) est plus saillant de ce même côté ; 3° signe de certitude donné par la palpation ; tandis qu'à gauche (côté normal) on sent la résistance osseuse de la tête fémorale sous l'artère, au-dessous du rebord de l'os iliaque; à droite (côté luxé), le doigt s'enfonce librement sous l'artère. la tête n'est plus à sa place ; 4° on trouve cette tête au-dessus et en dehors de la place normale, près de l'épine, sous le couturier. On voit que la tête luxée est plus petite que l'autre.

En un mot, l'on peut aujourd'hui, par un traitement sans danger, guérir la luxation congénitale pourvu, toutefois, qu'il s'agisse d'enfants jeunes, de moins de huit à dix ans.

Ce qu'il faut donc par dessus tout, c'est que la maladie soit reconnue à temps pour être soignée en temps opportun.

COMMENT RECONNAITRE LA LUXATION CONGÉNITALE ?

Avec le secours des rayons X, c'est bien facile (*v. fig. 1 et 3*).

S'il entrait dans les mœurs que tout enfant qu'on voit boitiller ou se balancer en marchant serait « passé » immédiatement aux rayons X, on ne méconnaîtrait plus, comme on le fait si souvent, l'existence d'une luxation congénitale à son premier degré.

Mais, direz-vous, tous les praticiens n'ont pas une installation radiographique auprès d'eux.

Oui, je sais, mais fort heureusement, il y a un autre moyen d'arriver au diagnostic. Moyennant un peu d'attention et de méthode tous les médecins peuvent reconnaître par le seul examen clinique, l'existence d'une luxation congénitale de la hanche.

Voici comment : (*v., fig. 5 à 8*).



Fig. 8. — Luxation double. vue de dos. — On peut remarquer l'énorme saillie trochantérienne la brièveté apparente des cuisses et leur écartement à la partie supérieure tandis que les genoux sont en contact.

1° On doit PENSER à la luxation chaque fois qu'on voit un enfant, une petite fille généralement, boiter d'un côté ou des deux, en se dandidant, en se balançant sur ses hanches, en canardant.

Si ce mouvement de roulis existe des deux côtés, la chose est à peu près certaine. Si le balancement n'existe que d'un côté, c'est une simple présomption.

2° Le déboitement devient TRÈS PROBABLE si l'enfant a toujours marché ainsi, dès ses premiers pas, qui ont été tardifs, à 16, 18 ou 20 mois, s'il n'a jamais souffert, si le dandinement, peu marqué au début, est allé toujours en augmentant, et si la jambe est manifestement plus courte. (*fig. 5*).

3° Le diagnostic est CERTAIN si l'on ne trouve pas la tête fémorale à sa place normale, au pli de l'aine sous l'artère fémorale (qui croise cette tête à l'union de son tiers

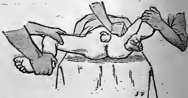


Fig. 9. — Luxation congénitale de la hanche gauche. Brassage de adducteurs. — La cuisse est portée en abduction après avoir été mise préalablement en flexion à 90°: le chirurgien presse avec son poing de toutes ses forces sur les adducteurs au niveau de leurs insertions pubiennes.

interne et de ses deux tiers externes), si au lieu d'une résistance osseuse comme à l'état normal, on sent, là, un vide — tandis qu'en se portant un peu au-dessus et en dehors de cette place, on sent un corps arrondi mobile, très mobile (soulevant la peau en avant dans les mouvements d'hyperextension du genou, de rotation externe et d'abduction, la soulevant au contraire en arrière, vers la fesse, dans les mouvements inverses de flexion, de rotation interne et d'adduction). Ce corps dur, arrondi, mobilisable, ce ne peut être que la tête fémorale (*fig. 6 et 7*).

Diagnostic de la luxation double. — luxation double se reconnaît au balancement existant des deux côtés, à la saillie des deux trochanters et à leur situation au-dessus de la ligne ilio ischiatique de Nélaton, à la brièveté des deux cuisses comparativement à la longueur des jambes, et enfin à la perception, des deux côtés, d'un vide, là où devraient se trouver les têtes fémorales, et à la présence perceptible de ces têtes un peu au-dessus et en dehors de leur place normale (*fig. 8*).

Retenez bien ce dernier signe donné par la palpation : c'est lui qui joint aux commémoratifs permet toujours de différencier la luxation congénitale de toutes les maladies avec lesquelles elle présente quelque analogie.

Quelles sont donc ces maladies?

Diagnostic différentiel de la luxation



Fig. 10.— La réduction.— Une manœuvre qui réussit chez les tout petits de un an et demi à deux ans. — Bassin solidement fixé par un aide. On saisit le genou, on porte la cuisse en flexion à 90° et on tire fortement en haut. De la main gauche, on aide à la réduction en pressant sur la tête fémorale, après une minute de traction en haut, on porte le genou en dehors jusqu'à ce que se produise le claquement qui annonce la réduction.

congénitale de la hanche. — Chez les tout petits atteints de ce que le gros public appelle une boiterie de naissance, quatre

vingt-dix-neuf fois sur cent il s'agit d'une luxation congénitale de la hanche. Mais une fois sur cent cette boiterie est due à une COXA VERA c'est-à-dire à une déformation rachitique du col du fémur (sans

Fig. 11. — *Cette même manœuvre* (voir fig. 10) faite a deux : un aide tire sur la cuisse malade, saisie à deux mains au-dessus du genou. Le chirurgien agit avec ses deux pouces directement sur la tête fémorale pour la pousser dans le cotyle.

déboitement). Et, en effet, une coxa vara double peut donner une démarche, un balancement très analogue à celui de la luxation congénitale bilaterale. On s'y trompe souvent, d'autant qu'il est entre les deux maladies d'autres caractères communs : à savoir, le retard de la marche, l'absence de douleur, l'ascension des trochanters au-dessus de la ligne de Nélaton, l'ensellure lombaire.

Voici maintenant les signes différentiels et les éléments du diagnostic.

La coxa vara s'accompagne d'autres signes de rachitisme. Mais surtout dans le cas de coxa vara la tête fémorale est sentie à sa place sous l'artère fémorale et non point au-dessus et en dehors de cette place.

A noter que si la coxa vara est généralement bilatérale, elle peut cependant n'exister que d'un côté, donnant de ce côté un petit raccourcissement comme fait la luxation congénitale; mais ici encore le diagnostic se fera par la palpation de la hanche.

Ajoutons que les deux maladies peuvent coexister, mais on retrouve alors les signes réunis de l'une et de l'autre.

Le *diagnostic* de la luxation congénitale doit être fait d'avec la PARALYSIE INFANTILE — qui peut donner une boiterie rappelant celle de la luxation.

Signes différentiels : commémoratifs fréquents de fièvre nocturne initiale dans la paralysie ; dans la paralysie encore, le mouvement d'abduction, au lieu d'être limité, est exagéré, il y a laxité articulaire; et de plus l'atrophie du membre entier est beaucoup plus marquée dans le cas de paralysie que dans celui de luxation congénitale et enfin et surtout, la tête fémorale est dans la paralysie trouvée à sa place normale sous l'artère.

Cette palpation de la hanche permettra, de même de distinguer de la luxation congénitale, l'atrophie musculaire progressive qui amène parfois, je l'ai vu, des boiteries rappelant à s'y méprendre celles de la luxation congénitale.

Le *diagnostic* d'avec la COXALGIE commençante se fera, lui aussi, par la palpation et aussi par l'existence de douleurs spontanées, ou à la pression de la tête fémorale dans le cas de coxalgie, et par l'existence d'un allongement de la jambe malade, tandis que la jambe est raccourcie, dans le cas de luxation congénitale.

Et si la coxalgie ou d'autres maladies diverses, la fièvre typhoïde, la scarlatine, l'ostéomyélite, etc., peuvent amener une luxation de la hanche, vous aurez, pour différencier ce déboitement de celui de la luxation congénitale, les commémoratifs des symptômes de ces diverses maladies. Quant au diagnostic d'avec une luxation traumatique, la question ne se pose même pas, les seuls commémoratifs suffisant à lever aussitôt toute la difficulté.

LA CONDUITE A TENIR

Le diagnostic de luxation congénitale établi, les parents demandent ce qu'il faut faire; eh bien, il faut réduire ce déboitement comme s'il s'agissait d'une luxation traumatique de l'épaule, l'on arrive ainsi à des guérisons complètes, et, peut-on dire, constantes; mais



Fig. 12. — *Même manœuvre, suite.* — La cuisse est portée en abduction forcée. — Dans ce mouvement, le fémur bascule sur les pouces du chirurgien qui presse de bas en haut la tête fémorale (la réduction se fait dans un degré d'abduction très variable suivant le cas).

comme dans la luxation traumatique, il faut se hâter. Car si la réduction est chose possible et même facile au début, elle deviendra très malaisée un peu plus tard, et même impossible à un certain moment. Plus tôt les enfants seront opérés, plus leur guérison sera intégrale.

Au contraire, abandonnée à elle-même, la luxation va s'aggraver d'année en année, jusqu'à l'âge mûr, toujours ou presque toujours.

La boiterie deviendra de plus en plus disgracieuse et la résistance à la marche de plus en plus faible. Il n'est pas rare d'observer, à une certaine période, des crises douloureuses et même une impotence presque complète. C'est dire que de toutes les raisons invoquées par les parents, pour retarder la réduction proposée, aucune n'est soutenable, ni excusable.

S'ils venaient à se déboiter l'épaule, attendraient-ils pour venir demander au médecin de la remettre en place ? Or, les deux situations sont identiques.

AGE DE CHOIX POUR FAIRE LE TRAITEMENT

Il y a un intérêt capital, à réduire la luxation congénitale le plus tôt possible, aussitôt le diagnostic fait; c'est-à-dire, a 1 an et demi, ou tout au moins à 2 ou 3 ans, contrairement à ce que disent certains chirurgiens.

J'ai traité, pour mon compte, des enfants de 12 mois, 8 mois et même 5 mois, avec un plein succès. La règle générale qui veut qu'on s'attaque aux malformations congénitales (pied-bot, torticolis) le plus tôt possible, est de tous points applicable à la luxation congénitale de la hanche.

COMMENT TRAITER LA LUXATION CONGÉNITALE DE LA HANCHE.

Le traitement consiste, schématiquement, à remettre la tête fémorale dans la cavité cotyloïde déshabitée, à l'y maintenir artificiellement par un appareil plâtré, ou plutôt par deux appareils successifs, au total pendant cinq à six mois. Ce temps suffit pour que la cavité se creuse, pour que la capsule articulaire se rétracte, c'est-à-dire, pour que la tête se crée, à cette place normale, un domicile stable et définitif.

Après cinq à six mois, on remet la jambe en liberté. La réduction se maintient seule maintenant, et la démarche redevient, quelques mois après l'enlèvement du plâtre, celle d'un enfant normal.

Entrons dans quelques détails :

La réduction se fait sous chloroforme. Elle pourrait être obtenue sans narcose, mais il vaut mieux endormir les enfants, pour leur éviter toute douleur et pour faciliter l'opération.

L'enfant endormi, on commence, comme dans une luxation traumatique ancienne, par malaxer et assouplir les tissus mous articulaires et péri-articulaires. Pour cela on imprime à la cuisse des mouvements de circumduction, en allant jusqu'à la limite normale dans chaque sens. Mais cette limite normale ne peut pas être atteinte tout de suite; l'abduction surtout est difficile et très restreinte, il faut la développer et pour cela on pétrit, on distend les muscles adducteurs rétractés qui limitent ce mouvement en dehors (*fig. 9*).



Fig. 13. — *Autre manœuvre, la plus sûre* — caractérisée par l'adduction et la rotation interne ajoutée à la flexion. L'enfant couché sur le côté sain, l'aide saisit la cuisse a son tiers inférieur, la porte en flexion à 90°, puis en adduction forcée et rotation interne de 90°. Le chirurgien presse avec ses pouces sur la tête fémorale devenue beaucoup plus accessible dans cette position d'adduction forcée. — On peut se mettre à 4 pour la manœuvre, 2 pour pousser la tête fémorale et 2 pour tirer le genou.

MANIÈRE DE DISTENDRE LES ADDUCTEURS

La cuisse étant fléchie à angle droit et la jambe repliée sous elle, on porte le genou en dehors progressivement (tandis qu'un aide immobilise le bassin par l'intermédiaire de la jambe saine repliée jusque

sur le ventre); un deuxième aide, avec les pouces, malaxe les attaches supérieures des adducteurs pour les assouplir et les allonger (il n'est pas nécessaire de les rom-



Fig. 14. — *Même manœuvre (suite).* — L'aide du genou, tout en continuant de tirer fortement à lui, se relève peu à peu pour arriver à la position d'abduction. Le chirurgien continue à presser sur la tête fémorale. Le deuxième aide représenté ici immobilise le bassin et l'autre jambe. Finalement on arrive à la position représentée dans la fig. 12.

pre chez les enfants de moins de 5 ans); on sent bientôt que le genou se laisse porter davantage en dehors et, de plus en plus, et finalement l'abduction atteindra 90°.

Dès que ceci sera obtenu, l'on pourra procéder à la réduction proprement dite.

Manœuvre de réduction

Il est plusieurs manœuvres capables de donner la réduction une fois ou l'autre (*v. fig. 17 à 12*). Mais par dessus toutes les autres nous vous recommandons la manœuvre suivante qui est de beaucoup la meilleure et la plus sûre (cette manœuvre nous est personnelle) (*v. fig. 13 et 14*).

Le sujet est couché « sur-le-champ » du côté sain, la hanche malade en haut; il est fixé solidement par un ou deux aides dans cette position.

Un autre aide embrasse alors le membre malade au niveau du genou (la jambe repliée sous la cuisse) et fléchit la cuisse à angle droit sur le bassin, puis la porte en dedans et en bas de manière que le genou vienne presque au

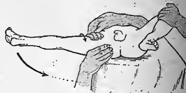




Fig. 15. — Position dans laquelle la jambe doit être mise, et maintenue par le premier plâtre.— Position de choix.— Flexion 70°; abduction 70°; rotation 0°.

contact de la partie antérieure de la hanche saine; enfin, il imprime à la cuisse un mouvement de rotation interne de 80° à 90°.

Vous-même, à ce moment, allez sur la hanche malade à la recherche de la tête fémorale, qu'on trouve facilement dans la fesse un peu au-dessus de la ligne de Nélaton. Avec les pouces vous pressez sur la tête, d'arrière en avant, pour la conduire jusque dans le cotyle, tandis que l'aide tire la cuisse à lui et concourt puissamment, par cette traction, à amener la tête jusque dans la cavité.

Ceci pourtant ne s'obtient pas tout de suite. Vous devez prolonger la manœuvre et insister souvent pendant 4, 5, 6 minutes, mais la réduction finit par être obtenue de cette manière pourvu, bien entendu, qu'il s'agisse d'enfants de moins de 5 à 7 ans, les seuls dont — vous deviez entreprendre le traitement vous médecins non spécialistes.

La rentrée de la tête dans le cotyle s'annonce par une sensation de dépression aux doigts, comme une touche de piano qui s'enfonce. Souvent se produit aussi un claquement qui rappelle celui que donne la réduction d'un déboitement traumatique.

Voici donc la tête réduite. Mais on ne peut pas abandonner la cuisse dans cette attitude. La réduction ne se maintiendrait

Fig. 16. — Modelage de l'appareil plâtré. — Quand l'appareil est terminé, le membre est mis dans la position vérifiée, et maintenu par un aide. Les pouces du chirurgien, qui n'ont pas quitté leur place pendant la confection du plâtre, creusent une gouttière en arrière du col pendant la dessication.

pas ainsi. Il faut, pour que le maintien persiste et pour que la cavité cotyloïde se creuse, que la cuisse soit portée en abduction.

Lors donc que vous avez réduit, vous demandez à l'aide embrassant le genou de le porter progressivement de l'adduction actuelle à l'abduction forcée (c'est presque 180° à parcourir) et de transformer en même temps la rotation interne en une rotation externe de près de 90°.

Quant à vous, pendant que s'opère cette translation de la cuisse, exécutée par l'aide, vous continuez à presser fortement sur la tête pour la plaquer contre le fond du cotyle et l'empêcher ainsi de déraper.

Diagnostic de la réduction. — Pour savoir si la tête est rentrée, on a recours à une manœuvre capable de défaire la réduction.

Pour ceci vous prenez le genou, mainte-



Fig. 17. — 1er plâtre, 1re position (de choix), 70°, 70° et 0. — L'appareil plâtré vu par sa face inférieure.

nant placé en abduction, et vous le ramenez en dedans, petit à petit.

A un moment donné, déclanchement brusque, avec claquement.

C'est la tête qui est sortie, donc elle était rentrée. Ce claquement de la sortie est généralement plus brusque que celui de la rentrée.

Vous referez ensuite la réduction en recourant à la même manœuvre que tout à l'heure; la réduction s'obtient maintenant plus facilement que la première fois. Après quoi vous ramenez encore la cuisse dans la position déjà dite d'abduction et de rotation externe.

Le maintien de la réduction. — Position à donner à la cuisse. — C'est dans cette abduction forcée, ou plutôt un peu en deçà, dans une abduction de 70° à 80°, que vous fixerez la cuisse, la jambe repliée sous elle, à angle droit (*fig. 15*). Cette fixation se fait par un grand plâtre allant de l'ombilic aux orteils (*v. fig. 5 et 17*).

Le traitement qui suit l'intervention. — Les suites opératoires sont très simples. Le premier plâtre est laissé en place deux mois et demi pendant lesquels l'enfant ne marche pas, bien entendu. On le couche sur un cadre permet-

Fig. 18. — Changement de position : 1° on a allongé peu à peu la jambe sur la cuisse, et en continuant à tirer sur le pied, on a abaissé le genou jusque sur le plan de la table ou presque : 2° les deux mains, prenant le tiers supérieur du fémur, lui impriment un mouvement de rotation interne. Dans un 3° temps, le membre est porté peu à peu en dedans ; il conserve cependant 30° d'abduction.

tant de le porter au dehors et de le faire vivre ainsi au grand air du matin au soir. Après deux mois et demi on enlève cet appareil et on change la position du membre.

Deuxième position. — Deuxième plâtre. — Ou défait (avec ou sans anesthésie, au choix) l'abduction et la rotation externe de la



Fig. 19. — La 2e position et le 2e plâtre. — Ici la jambe est en extension; mais, généralement, on la met en flexion légère (de 15°).

cuisse, et on met l'axe de la jambe sur le prolongement de celui de la cnisse (*fig. 18*)

Et finalement, on donne au membre

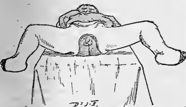


Fig. 20. — Le premier plâtre, pour luxations doubles.

entier la position que voici et (*fig. 19*) qu'on peut formuler ainsi :

Flexion et abduction de 30 à 40° et rota-



Fig. 21. — Pour combattre la tendance fréquente à la rotation externe et à la reluxation antérieure, faire de la rotation interne avec des tours de bande Velpeau que l'on épingle au matelas.

tion interne de 60 à 70°. Cette position est fixée par un deuxième grand plâtre qn'on laisse, comme le premier, deux mois et demi. Mais avec ce deuxième appareil, l'enfant peut déjà se tenir sur pieds et même il sera capable, avec l'appui de deux mains ou de deux bâtons, de faire quelques pas.

Après ces deux mois et demi (cinq mois de plâtre en tout), on supprime l'appareil, on laisse l'enfant libre, mais de nouveau au repos pendant huit jours pendant lesquels on le baigne et on le masse (sans jamais mobiliser ses jointnres, car les mouvements vont revenir et doivent revenir tout seuls.

L'enfant, dérouillé par ces huit ou quinze jours de liberté et de massages, sera mis sur pieds et, deux on trois jours après, autorisé à faire ses premiers pas.

Il marche d'abord avec l'appui de deux mains soutenant les sieunes, puis avec deux bâtons.

Il marche deux heures par jour pendant un mois, puis toute la jonrnée.

La nuit, il est bon de le maintenir pendant encore trois ou quatre mois en une rotation interne bien franche de 50 à 55° environ, au moyen de quelques bandes molles qui sauvegardent le maintien de la réduction (*fig. 20*).

Les jambes se raffermissent peu à peu et, après un an d'exercices, de marche et de massages, la boiterie aura disparu.

Un mot sur le *traitement des luxations doubles*.

Le traitement est le même, d'une manière générale, que dans la luxation simple. On fait les deux réductions le même jour et l'on conduit les deux traitements en même temps. Et finalement les résultats sont aussi bons dans la luxation double que dans la luxation simple (*fig. 21*).

Ce qui importe par dessus tout, je le répète, c'est l'âge de l'enfant. La guérison s'obtient d'une manière constante, peut-on dire, jusqu'à 7 on 8 ans dans la luxation double, et jusqu'à 12 ans dans la luxation simple, quelquefois même 14 et 15 ans; je l'ai même obtenue quelquefois chez des sujets de plus de 20 ans.

Et les guérisons sont à ce point parfaites, presque toujours, qu'il devient impossible après un deux ou trois ans, en voyant marcher ces enfants, de soupçonner leur infirmité ancienne.

LE DIVORCE ET L'ALIÉNATION MENTALE

Nous avons reçu un grand nombre de réponses, plus de CINQUANTE *colonnes de ce journal. L'abondance des matières nous oblige à ajourner à notre prochain numéro la suite de notre enquête.*

REVUE DE BIOLOGIE

Traitement du tétanos expérimental par les injections bulbaires et parabulbaires du sérum antitétanique.

M. Jean Camus a traité cinq chiens tétaniques par des injections de petites quantités de sérum antitétanique dans le bulbe rachidien. L'un d'eux a guéri et 3 ont eu une survie sur les témoins; survie de plus de trois jours pour deux d'entre eux.

Il a traité en outre 13 chiens tétaniques par des injections parabulbaires de sérum antitétanique; 7 chiens ainsi traités ont guéri alors que les témoins sont morts.

Les résultats des injections parabulbaires de sérum comparés à ceux des injections sous-cutanées ou intraveineuses sont supérieurs.

(Soc. de biol).

L'Inspection Médicale des Prisons

Par le Docteur LUCIEN-GRAUX

Le rattachement des Services pénitentiaires an Ministère de la Justice, si nous nous en tenons aux communications officielles, va permettre de remanier notre législation pénale, dans un seus plus conforme aux données actuelles de la criminologie.

Si nous en croyons certains propos, l'activité du nouveau et distingué sous-secrétaire d'Etat, M. Malvy, va se porter dès l'abord sur une réforme dont M. le sénateur Louis Martin signalait l'urgence dans un article remarqué de la *Grande Revue* (1): La Justice répressive et les aliénés. Nous voulons parler de l'examen psychiatrique des prévenus et de l'inspection, dans ce sens, des prisons.

Depuis longtemps déjà, M. le Dr Magnan signale, dans ses rapports annuels au Préfet de la Seine, combien sonvent des malades arrivent au Service de l'admission, qui viennent des prisons où ils subissaient une peine.

En voici, d'après cet auteur, une courte mais éloquente statistique.

de 1885 à 1890 les malades sont au nombre de	281
de 1891 à 1895	107
en 1896	23
1897	16
1898	25
1899	20
1900	25
1901	19
1902	17
1903	21
1904	22
1905	12
1907	20
1908	11
1909	16

Dans quelles circonstances ces malades arrivaient-ils ainsi à l'asile en passant par la Santé?

Le rapport de 1898 a, à cet égard, une pénible éloquence.

« Nous avons reçu cette année des prisons, 25 aliénés méconnus et condamnés sur lesquels 4 paralytiques généraux et 1 dément absolument irresponsables. — De 1890 à 1898, nous arrivons à 188 malades venus des prisons, chiffre un peu moins élevé que les années précédentes. *La plupart de ces malades subissaient des peines pour des actes commis en pleine aliénation mentale. —...61 malades sur les 188 présentaient une telle déchéance intellectuelle ou un tel délire qu'aucun doute n'était possible.* »

Au Congrès d'anthropologie de Bruxelles en 1892, Garnier évaluait de 1886 à 1890, à 255 le nombre des aliénés condamnés.

Au Congrès des aliénistes et neurologistes français, tenu à Clermont-Ferrand en 1894, M. Henri Monod évaluait à 700 le nombre des personnes auxquelles une expertise médico-légale aurait évité une condamnation.

M. *Louis Martin* préconise, dans cette remarquable étude, deux remèdes : l'examen psychiatrique de tous les prévenus; l'inspection des prisons.

Le premier est d'une réalisation facile :

(1) 25 janvier 1911.

tous les départements possèdent aujourd'hui un médecin spécialiste, souvent deux, parfois davantage.

Le second est déjà réalisé en Belgique, et bien que perfectible, donne de très bons résultats. Il faut que le psychiatre puisse pénétrer librement dans les prisons, en examiner les hôtes, et faire transporter à l'asile les condamnés dont l'état ne s'est peut-être révélé, d'ailleurs, qu'à l'occasion de leur séjour dans la prison.

Sans doute, dans son rapport sur la réforme de la loi, de 1838, M. le sénateur *Gérente*, a fait une place importante à cette réforme ; mais une loi n'est pas indispensable, un décret suffit et ce serait pour ce jeune sous-secrétaire d'Etat, un beau titre d'humanité, de l'avoir réalisée.

REVUE DU LABORATOIRE

Nouvelle méthode pour le diagnostic différentiel entre le bacille diphtérique et le bacille pseudo-diphtérique, par Lasagna (*Archivio italiano di otologia*).

Macroscopiquement, les taches de sang dans lesquelles on enfonça en plusieurs points l'aiguille chargée de bacilles diphteriques avaient une couleur brune grisâtre autour des colonies ; ce fait était confirmé par l'examen microscopique. Avec les bacilles pseudo-diphtériques, il n'y avait pas de changement de couleur du sang. Microscopiquement on notait autour des diverses colonies un halo ou des stries rouges-brunâtres.

Le bacille de Loeffler provoque la formation de méthémoglobine. On le filtre et on le lave à l'eau. Le filtre est d'hémoglobine réduite.

Le signe de la phénolphtaléine en physio-pathologie cellulaire biliaire (essais de justifications expérimentales), par M. H. Triboulet, médecin de l'hôpital Trousseau et M. P. Harvier, chef du Laboratoire (*Soc. méd. des Hôp.*).

Dans la communication que l'un de nous a faite ici à la séance du 28 avril 1911, à propos d'un signe révélateur de trouble physiologique cellulaire hépatique (signe de la Phénolphtaléine) (1) par réaction sur les selles, il émettait le regret de ne pouvoir apporter de contrôle expérimental. Toutefois le déterminisme lui en apparaissait comme possible, et il invoquait, à ce sujet, comme indications les recherches expérimentales de N. Fiessinger et Lyon-Caen (action combinée du phosphore, modifications des conduits biliaires et de la cellule hépatique, et de l'hémoglobine, apportant des éléments en surabondance pour l'activité cellulaire biliaire). Ce surcroît d'apport devait, semble-t-il, mettre la cellule déjà touchée par le phosphore en infériorité fonctionnelle, et, par suite, la transformation incomplète, insuffisante de l'hémoglobine en pigment normal devait permettre le passage dans la bile émise par la cellule malade de pigments de transition, de type hématoporphyrine, par exemple. Ces pigments, on le sait, sont justement parmi ceux qui donnent la réaction rosée fugace à la phénolphtaléine (signe de la phénolphtaléine).

Nous n'avons pas adopté ce déterminisme expérimental un peu compliqué (tout en en escomptant encore la valeur quasi certaine), et nous sommes arrivés, pensons-nous, à une démonstration tout aussi valable, grâce à un procédé plus simple.

Quel que soit l'état antérieur de la cellule hépatique, il nous a semblé que ce qui paraissait dominer le sujet, c'était, avant tout, la surcharge fonctionnelle de cet organite, notamment par apport exagéré d'hémoglobine. Comme d'ailleurs, pour nous, il ne s'agissait pas, comme pour Fiessinger, de réaliser un ictère, mais bien de révéler purement et simplement le surmenage cellulaire, le problème consistait uniquement, alors, à réaliser dans le foie un apport exagéré d'hémoglobine.

Aucun détail : craignant l'action brutale d'une hémoglobine du commerce injectée dans les veines, nous avons pensé qu'il serait préférable de voir agir l'hémoglobine même du sujet. Dans ce but, nous avons injecté au lapin, dans la veine de l'oreille, de l'eau distillée, et nous avons fait l'expérience d'hémolyse de deux façons différentes.

Un premier lapin reçoit de demi-heure en demi-heure 10 c.c. d'eau distillée dans la veine de l'oreille. Il est sacrifié au bout d'une heure et demie.

La vésicule biliaire se montre distendue, et renferme près de 3 c. c. d'un liquide vert émeraude vif, très fluide et très brillant.

La vessie renferme une urine trouble blanchâtre à vagues reflets jaune rosé.

Cette dernière, traitée par la réaction de la F. (1) (1 c.c. + 4 gouttes de H^2O^2), donne une réaction *rouge* immédiate du sang, réaction *durable*, sous le mode jaune roux, si fréquent en milieu urinaire, et aussi avec le sérum (durée actuelle 6 jours).

La bile donne, étendue d'eau, une réaction rosée assez forte, mais cependant *fugace* (8 à 10 minutes).

Un deuxième lapin reçoit une fois pour toutes 20 c.c. d'eau distillée dans la veine de l'oreille. Il est sacrifié au bout de trois heures et demie.

Son urine ne donne aucune réaction à la F.

La bile, peu abondante (1/2 c.c. vert émeraude vif également), donne, étendue d'eau, le signe de la F. le plus net qu'on puisse voir (réaction rosée fugace de huit à dix minutes également.)

Un troisième lapin, normal, ne donne rien avec l'urine.

La bile, vert émeraude, est peut-être un peu moins vert vif que les précédentes. Un peu plus sombre. Avec la F. elle ne donne aucune réaction appréciable.

La démonstration est donc évidente, dans le sens des recherches de physiologie complémentaires que nous pouvions désirer faire.

Dès qu'on fournit à la cellule hépatique un apport exagéré de pigment hémoglobinique à transformer, le travail fonctionnel biliaire devient défectueux, et, au lieu du pigment normal, bilirubine insensible à la F., passent dans les voies d'excrétion biliaire un ou des pigments intermédiaires, dont l'hématoporphyrine, vraisemblablement, cet isomère de la bilirubine (2) pigments intermédiaires qui conservent, comme l'avait pensé l'un de nous, des attributs de leur origine hémoglobinique antérieure.

Ainsi que le disait la première communication du 28 avril, il y a là des arguments sérieux, semble-t-il, en faveur de l'opinion émise par le professeur Debove sur sa compréhension de l'ictère par hémolyse (*Presse Médicale*, 12 avril 1911).

Les données que nous avons rapportées semblent applicables, non seulement à la compréhension de la physio-pathologie cellulaire hépatique des ictères, mais aussi à celle d'une foule d'états toxi-infectieux dont notre première communication a pu signaler les principaux types.

(1) H. Triboulet. Réaction rosée fugace des selles à la phénolphtaléine (signe de la phénolphtaléine), sa valeur en physio-pathologie cellulaire hépatique. *Soc. méd. des hôp.*, 28 avril 1911.

(1) F = phénolphtaléine.

(2) Il resterait à démontrer par une technique chimique compétente, qu'il s'agit ici d'hématoporphyrine ou d'un autre pigment

La Marque judiciaire

Nous avons publié dans la *Gazette*, un extrait intitulé : *Pour marquer le professionnel du crime* où le Dr Icard recommande la création d'une tumeur artificielle par injection de paraffine pour « marquer » les criminels.

Notre excellent confrère, le *Caducée*, publie, à ce sujet, les intéressantes observations suivantes :

« C'est évidemment un excellent moyen policier qui permet, sans barbarie ni douleur, de revenir à l'ancienne marque des forçats.

« C'est très bien. Mais qui est-ce qui fera cette injection ? L'auteur ne le dit pas. Si c'est un geôlier quelconque, il y a lieu de craindre que la seringue ne soit pas toujours aseptique: si c'est un médecin, le condamné aura toutes les garanties, mais le confrère se ravalera au métier de bourreau. Aucune discussion n'est possible. Même si le condamné est consentant, le médecin n'en sera pas moins fautif sous le rapport de la dignité professionnelle, car nous tombons alors dans le cas d'opération de complaisance. Même dans l'armée, un médecin militaire qui agirait par ordre serait inexcusable. Il y a des ordres qu'on ne reçoit pas, notamment ceux qui entachent l'honneur.

Dans les journaux du jour, on relate le cas d'un prisonnier à la Santé, qui, pour protester contre son maintien au régime de droit commun et non à celui des condamnés politiques, refuse toute nourriture. Le médecin de la prison, le Dr X... appelé auprès du condamné, lui aurait dit — d'après les journaux — qu'on lui appliquerait le règlement.

« Le règlement dans ce cas c'est, paraît-il, l'envoi à Fresne, où il y a tout ce qu'il faut pour pratiquer l'alimentation forcée par la sonde œsophagienne.

« Cette opération répugnante se justifie quand il s'agit d'aliénés irresponsables, mais à l'égard d'un individu sain elle constitue une torture, et le médecin qui la ferait, ferait également métier de bourreau.

« Dr L. SADOUL,
« Médecin-major de réserve. »

Nous avons soumis cet article au Dr Icard qui a répondu en ces termes :

« Dans mon travail, je ne me suis pas occupé de l'opérateur, estimant que, en la circonstance, une telle question était tout à fait oiseuse. Je ne me fais pas illusion, en effet, sur l'avenir qui est réservé à mon procédé, et je sais que de longues années se passeront encore avant que notre société sans caractère, soit guérie de ce sentimentalisme maladif, de ce rationalisme à outrance qui semblent leur faire oublier les notions les plus élémentaires du simple bon sens. Un illustre professeur, parlant de mon procédé dans une des plus grandes feuilles de l'étranger, n'a-t-il pas écrit : « Il est surprenant que, dans un pays ou, il y a plus d'un siècle, on a pu faire proclamer les *Droits de l'Homme*, un homme de science, un docteur, ait osé proposer et faire de l'homme une bête » :

« Pour peu, on prendrait fait et cause pour les criminels, contre celui qui a montré sa bonne volonté en essayant de préserver la Société :

Toucher la peau d'autrui ! Quel crime abominable
Rien que la mort n'était coupable
D'expier son forfait. On le lui fit bien voir.

« J'espère bien qu'on ne me le fera pas voir, et que l'on se contentera de crier : *Haro sur le baudet*. Quoi qu'il en soit, la difficulté, je le répète ne résidera pas à trouver un opérateur ; elle réside tout entière à modifier cette conception absurde que nous nous sommes formé de la dignité humaine à changer cette mentalité veule qui règle aujourd'hui les rapports de la Société avec les criminels. Le jour où nous serons guéris de notre aberration, touchant ces

derniers, si on n'ose revenir à la bonne marque au fer rouge de nos aïeux, si simple et si pratique, si on s'arrête à la marque par la paraffine, le problème tout naturellement se résoudra de lui-même par le seul fait du changement qui se sera opéré dans les idées, et on trouvera l'opérateur, médecin ou non, qui, très aseptiquement, fera l'injection. Et celui-ci alors ne passera pas pour faire métier de bourreau ni pour être un tortionnaire, pas plus, d'ailleurs que celui, qui, très chirurgicalement, pratiquera l'ablation des testicules le jour où la castration sera admise comme sanction pénale. L'officier qui, lors d'une exécution militaire, donne l'ordre de faire feu, les soldats qui trouent de leurs balles celui qui fut leur camarade, ont-ils forfait à l'honneur ? Sont-ils des bourreaux? Ont-ils commis une faute professionnelle ?

« Dr ICARD (de Marseille) ».

Qu'en pensent nos lecteurs?

La Gazette Médicale de Paris.

REVUE D'UROLOGIE

Pseudohématurie. — Pseudopyurie, par M. le Dr J. DELÉPINE, ex-interne des hôpitaux (*Soc. anatomo-clinique de Lille*).

Les deux petits faits sur lesquels j'ai l'honneur d'attirer l'attention de la Société ne prêtent pas à de longues considérations scientifiques. C'est la narration très simple de deux cas qui m'ont intrigué ; elle intéressera peut-être quelques-uns d'entre vous.

J'étais appelé d'urgence, un soir du mois dernier, pour une personne qui, disait-on, venait d'avoir une hématurie. Cet accident s'était produit en pleine santé et sans que l'attention eut jamais été attirée du côté de l'appareil urinaire.

L'urine émise, parfaitement limpide, présentait une coloration d'un très beau rose clair ; dans le fond du récipient, un léger dépôt. Cette urine ne ressemblait que fort peu, à vrai dire, à une urine hématique ; peut-être me trouvais-je en présence d'une hémoglobinurie. La malade affirmait qu'elle n'avait ingéré aucune des substances médicamenteuses capables de colorer en rose les urines : rhubarbe, séné, semen contra, phénol, salol, pyramidon. Vu l'absence de tout symptôme pathologique du côté des reins et de la vessie, je pensai que peut-être l'urine, incolore à l'émission, avait été recueillie dans un vase contenant une matière colorante quelconque. En tout cas je demandai que l'on recueillît avec grand soin l'urine du lendemain matin et qu'on portât les deux échantillons chez le pharmacien.

La première urine est franchement alcaline. Une petite quantité portée à l'ébullition, dans le but d'y rechercher l'albumine, se décolore instantanément, avec dégagement d'acide carbonique. Cette simple réaction permit au chimiste d'affirmer que l'urine devait sa coloration anormale à la présence de la phtaléine du phénol. Il suffit alors de réalcaliniser le liquide par la soude, pour faire réapparaître immédiatement la coloration primitive. D'ailleurs aucune trace de sang, ni d'hémoglobine.

L'urine du matin est de coloration normale, de réaction acide. On y décèle encore, mais en moins grande quantité, le même produit : il suffit de l'alcaliniser pour faire apparaître la coloration rose.

Muni de ces renseignements, je complétai mon enquête et trouvai facilement l'explication du phénomène. Ma cliente avait pris, de son propre chef, deux pastilles de Châtel-Guyon Gubler : c'est à cette ingestion qu'il fallait rapporter l'origine du produit trouvé dans l'urine.

La phénolphtaléine est incolore en milieu neutre ou acide. Les hydrates de chaux ou de baryte, les alcalis et leurs carbonates la dissolvent avec une coloration rose qui disparaît aussitôt sous l'influence des acides. La réaction est fort sensible. Ce composé est très facilement influencé par les acides même faibles, comme l'acide carbonique, (ce qui fait sa supériorité sur d'autres réactifs, comme le tournesol, par exemple) ; aussi est-il employé comme indicateur de l'alcalinité ou de l'acidité des liqueurs.

L'urine examinée, nous l'avons vu, était franchement alcaline. Sous l'influence de l'ébullition, les carbonates étaient dissociés et l'acide carbonique, mis en liberté, amenait une décoloration immédiate.

Je n'ai pas à insister sur ces propriétés purement chimiques, On me permettra cependant de rappeler, au point de vue thérapeutique, que d'après Tunnicliffe, la phtaléine du phénol est un laxatif doux, purgeant sans coliques et sans effets irritants, à la dose de dix à trente centigrammes chez l'adulte. Son goût agréable indique son emploi chez les enfants, auxquels on peut l'administrer à la dose de cinq à dix centigrammes. Elle entre dans la composition d'un certain nombre de purgatifs ou laxatifs spécialisés, lancés au cours de ces dernières années. Les pastilles de Châtel-Guyon Gubler en contiennent certainement, et c'est une chose qu'il serait bon de ne pas oublier.

Pour m'en assurer, j'ai dissous dans de l'eau distillée une de ces pastilles. Il m'a été facile, après filtration, d'y déceler la présence de la phtaléine du phénol.

La phénolphtaléine est éliminée par le rein, et si sa présence n'est pas plus souvent manifestée par une coloration anormale des urines, c'est que celles-ci, dans la très grande majorité des cas, ont une réaction acide. Il se produit parfois le phénomène suivant : on adresse à un chimiste une urine de coloration normale et contenant de la phtaléine du phénol. Pour une raison quelconque celui-ci diffère son examen : au bout de deux ou trois jours, l'urine s'est alcalinisée par suite de fermentations et sa coloration est devenue rose.

En pratique, quand un médecin se trouve en présence d'une urine rose ou rouge, s'il a le moindre doute sur la présence du sang ou de l'hémoglobine dans cette urine, une réaction facile et sûre pourra lui permettre parfois de faire, sans tarder, un diagnostic précis. Il lui suffira d'acidifier l'urine avec un peu de vinaigre, par exemple ; si elle se décolore on conclura à la présence de la phénolphtaléine ; il ne restera plus qu'à en rechercher l'origine. Au besoin, on pourrait ramener la coloration en ajoutant à l'urine décolorée quelques cristaux de carbonate de soude que l'on trouve partout.

Ce diagnostic n'est pas sans intérêt. Outre qu'il empêche le médecin de s'égarer en de vaines recherches du côté des organes urinaires et de l'état général, et de conclure à une hématurie ou à une hémoglobinurie — erreur que le premier chimiste venu aura vite fait de redresser — il permettra au praticien de rassurer le malade et son entourage que l'hémorrhagie supposée aura toujours effrayés beaucoup.

Le second fait que je désire rapporter concerne des urines dans lesquelles on avait cru remarquer du pus. L'intéressée — une femme d'une quarantaine d'années — trouvait depuis quelque temps que ses urines étaient très sédimenteuses. Aucun trouble, par ailleurs, de l'état général, ni des organes urinaires. Dans le flacon qu'elle en avait conservé, et qui renfermait un litre environ d'une urine trouble, on trouvait un dépôt ressemblant à du pus et d'une hauteur de dix à douze millimètres.

L'aspect du dépôt était tel que le pharmacien, mis en présence du flacon, n'avait pas hésité à affirmer, à première vue, que l'urine était purulente. Grand fut son étonnement quand il constata que cette urine ne contenait aucune trace d'albumine. L'examen microscopique du dépôt nous fournit immédiatement la solution du problème. Le champ microscopique présentait l'aspect d'un ciel étoilé, parsemé d'un nombre considérable de très petits grains polyédriques ou arrondis, souvent agglomérés ; au centre de la plupart de ces grains, on remarquait un hile punctiforme ou étoilé. — D'ailleurs, aucune cellule de pus, pas trace de cylindres, ni de cellules rénales ; quelques rares cellules vésicales. — Le dépôt étant donc constitué uniquement par de l'amidon de riz, qu'il fut facile de colorer en bleu par l'iode.

Voici ce qui s'était passé. Depuis une quinzaine de jours ma cliente, atteinte d'érythème des organes génitaux, prenait, matin et soir, un bain de siège ; après quoi, elle saupoudrait abondamment la région avec de la poudre de riz ; celle-ci passait dans le vase où était recueillie l'urine.

J'ai cru utile de signaler ces petits faits sans prétentions. Il suffira, à l'occasion, de songer à ces détails pour orienter dans une voie utile des recherches d'ailleurs fort simples.

REVUE DE CHIRURGIE

Cholélithiase. 14 000 calculs enlevés pendant une opération, par A. SCHACHNER (*Ann of Surg.*, vol. LIII, p. 590).

Après avoir compté 14.000 calculs dans un cas opéré par lui, Schachner fit une petite enquête pour savoir le plus grand nombre enlevé par chaque chirurgien de marque dans la chirurgie biliaire. Voici les résultats : Mayo-Robson 2.300 (bien des fois plus de 500, une fois 1.058), Moynihan plus de 3.000 et 7.000, Mayo de 5.000 à 6.000, Ochsner 6.780, Deaver 2.252. Moynihan cite aussi Frerichs 1.950, Dunlop 2.011, Morgagni 3.000, Hoffmann 3.646, Langenbuch 4.000, Naunyn 5.000 et Otto 7.082. Les calculs d'Ochsner variaient de la taille d'un grain de riz au double du volume d'un pois.

Traitement chirurgical des plaies de poitrine, par M. le Dr QUÉNU (*Soc. de Chirurg.*)

Il y a deux camps, celui des interventionnistes et celui des abstentionnistes. La question mérite donc d'être étudiée de près.

M. Quénu cite les trois faits suivants :

Dans le premier fait, il s'agissait d'un homme qui avait reçu un coup de revolver dans le dos. Il présentait tous les signes d'un épanchement abondant. Cependant on ne crut pas devoir intervenir. Le lendemain on prit un peu de sang dans la plèvre par une ponction ; on répéta plusieurs fois ces ponctions et chaque fois on reconnut que le sang n'était pas infecté, bien que le blessé eût de la fièvre. Il s'agissait, en effet, d'une simple pneumonie traumatique dont le malade guérit. M. Quénu insiste sur l'importance de cet examen de l'épanchement sanguin qui, dans ce cas particulier, a permis de juger qu'il n'était pas nécessaire d'intervenir.

Dans le second cas il s'agit d'un homme de vingt-six ans qui reçut un coup de revolver au niveau du sixième espace intercostal gauche. Épanchement considérable, pouls petit, pâleur de la face. Impressionné par le premier blessé, le chef de clinique de M. Quénu pensa que le pronostic serait également favorable chez ce dernier et il n'intervint pas, bien que l'épanchement remontât jusqu'à la crête de l'omoplate. M. Quénu vit ce blessé le lendemain matin, dix heures après l'accident. L'état du blessé ne s'étant pas amélioré, il crut devoir intervenir. Il ne réséqua qu'une seule côte et, grâce à de forts écarteurs écartant bien les bords de la plaie, par cette petite brèche, il put facilement attirer le poumon et suturer deux plaies, l'une antérieure et l'autre postérieure, les plaies d'ailleurs ne saignaient plus ; le blessé succomba le soir

et à l'autopsie judiciaire, pratiquée par M. Socquet, on put constater qu'il n'y avait pas d'autres plaies que celles qui avaient été suturées. Il est évident que dans ce cas il aurait fallu intervenir immédiatement.

Le troisième cas se caractérise par ce fait particulier, qu'on observe parfois dans les plaies de poitrine, qu'il s'agissait d'un emphysème sous-cutané, très considérable, occupant l'épaule et tout le membre supérieur gauche. Cet emphysème s'accompagnait de dyspnée, M. Quénu fit deux incisinns de la peau. L'emphysème disparut rapidement et le malade guérit.

M. Quénu n'est pas un adversaire de l'intervention dans les plaies de poitrine. Il estime qu'il y a des cas où cette intervention s'impose. Au point de vue de la technique opératoire, M. Quénu pense que l'incision d'une seule côte est largement suffisante et il la préfère au volet thoracique comme moins dangereuse, on a ainsi une ouverture suffisante, avec un hon écartement, pour amener le poumon au dehors et l'explorer. Dans quelques cas le volet thoracique a été suivi d'hémorragies graves et même mortelles.

REVUE CLINIQUE

Contraction myotonique de la pupille avec signe d'Argyll-Robertson unilatérale (*Soc. d'ophtalmologie de Paris*).

M. Magitot présente une malade chez laquelle on constate, du côté gauche seulement, une abolition du réflexe lumineux, du réflexe orbito-palpébral et du réflexe consensuel. Par contre, le mouvement de convergence fait parfaitement contracter la pupille ; mais, alors que celle du côté droit reprend sa position primitive, celle du côté gauche se retient davantage, reste en myosis pendant cinquante à soixante secondes et se relâche très lentement. L'auteur rappelle à ce sujet les descriptions pathogéniques qui sont celles du signe d'Argyll-Robertson. Montrant qu'on ne peut admettre l'hypothèse d'un spasme par lésion nucléaire des centres de la 3e paire ni de lésions radiculaires médullaires, ni du centre inhibiteur de Bach, il envisage la contraction myotonique comme la révélation d'une réaction pathologique des cellules du ganglion ciliaire. Cette réaction serait le premier degré du myosis si étroit de certains tabétiques, myosis infiniment plus serré que ne le produirait l'excitation électrique du moteur oculaire commun.

Pour lui, la réaction myotonique est bien un spasme d'origine nucléaire ; les cellules nerveuses lésées ne sont pas celles des centres mésencéphaliques, mais celles du centre ciliaire.

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

Maladie de Reclus à forme douloureuse, par MM. Clermont et Ducuing (*Société anatomo-clinique de Toulouse*).

Voici, rapidement résumée, l'histoire de la malade : Eva B..., âgée de 43 ans, se présente à la consultation du professeur Jeannel parce qu'elle souffre des seins, et que ceux-ci sont le siège de petites tumeurs arrondies. Jamais elle n'a été malade, elle n'est pas mariée et n'a pas eu d'enfant. Au mois de janvier 1910, elle éprouve, au niveau du sein gauche et à l'époque de ses règles, une sensation de tension douloureuse. En même temps, la glande augmentait légèrement de volume. Les règles terminées, le sein reprit son volume normal et la douleur se dissipa ; mais, le mois suivant, les mêmes phénomènes se reproduisirent ; mais ils ne cessèrent pas après la disparition de l'écoulement menstruel. A ce moment, la malade découvrait, à la partie inféro-externe de son sein gauche, une petite tumeur de la grosseur d'une noisette. Inquiète, elle s'examina soigneusement tous les jours, et elle constata le développement progressif d'une série de « petites glandes », qui envahirent le sein tout entier, A chaque époque menstruelle, la glande augmentait de volume, et les douleurs d'intensité.

Un mois environ avant son entrée à l'hôpital, des phénomènes douloureux se manifestèrent au niveau de la glande mammaire droite, et s'accompagnèrent également de la production de petites tumeurs. Effrayée de ces symptômes, la malade entra à l'hôpital.

Etat général hon. Les deux seins sont, à l'inspection, normalement constitués ; la coloration n'est pas modifiée ; la grosseur est égale des deux côtés ; les mamelons ne sont pas rétractés.

La palpation décèle des lésions symétriques qui se caractérisent essentiellement par la sensation, au niveau des deux glandes, de petites tumeurs arrondies roulant sous la peau susjacente.

Le volume de ces nodosités varie de celui d'une tête d'épingle à celui d'une noisette. La consistance est dure ; on a l'impression de masses fibreuses.

Au niveau du sein gauche, cependant, on sent une tumeur plus grosse ; elle a le volume d'une grosse noix. Elle est située dans la partie inféro-externe de la glande ; la peau n'est pas modifiée à son niveau : il n'y a pas d'adhérences. D'ailleurs, la tumeur est également indépendante du grand pectoral. Elle est nettement fluctuante, quoique tendue. La pression est légèrement douloureuse.

Aucun ganglion dans les aisselles. L'examen des différents organes ne décèle rien de particulier.

En résumé, on se trouvait en présence d'une femme qui souffre de ses seins, et qui présenter, à leur niveau, une série de petites tumeurs, de grosseur variable, semblables à des grains de plomb ou à de petites noisettes disséminées dans la glande mammaire. Une de ces tumeurs est plus grosse et plus fluctuante.

En présence de ces symptômes, un diagnostic s'imposait : celui de mammite chronique, à forme scléro-kystique, ou maladie de Reclus, avec phénoménes douloureux intenses.

M. le professeur Jeannel, afin d'éviter à cette malade les dangers d'une malignisation et l'ennui d'une douleur constante, fit l'ablation simple de deux glandes.

La malade, opérée le 10 mai, sortit le 23, parfaitement guérie.

CARNET DU PRATICIEN

Insolation

Quand un homme est frappé d'insolation, il faut le soustraire à l'action du soleil, diminuer l'hyperthermie, combattre la congestion des centres nerveux. On veillera à ranimer l'énergie cardiaque et l'amplitude respiratoire.

Le malade étant placé dans un endroit frais, une vessie de glace couvrira sa tête ; on pourra même arroser tout le corps d'eau glacée et donner des lavements glacés, si la température est élevée. Une saignée large et copieuse (400 gram.) combattra la congestion encéphalique, des purgatifs drastiques seront ordonnés :

Calomel	0 gr. 10
Scamonnée	0 gr. 30

P. 1 paq. F. paq. n° 2. — A prendre à un quart d'heure d'intervalle.

L'énergie cardiaque sera stimulée par l'usage d'injections sous-cutanées de caféine, de strychnine, d'éther camphré :

Caféine	2 gr. 50
Benzoate de soude	3 grammes
Eau distillée Q. S. pour	10 c.c.
Sulfate de strychnine	0 gr. 010
Eau distillée	10 grammes
Camphre	2 gr. 50
Ether	10 grammes

Certains auteurs conseillent d'ajouter à cette solution 50 centigr. de sulfate de spartéine. Renaut (de Lyon) estime que ce médicament favorise l'apparition d'une syncope secondaire.

Dans les cas d'insolation compliqués d'impaludisme, les injections sous-cutanées de quinine seront pratiquées.

Bichlorhydrate de quinine	5 grammes
Eau distillée	10 —

Quant à la respiration, elle sera ramenée par des traction rythmées de la langue (en saisissant l'organe à sa partie moyenne et non à la pointe) et la respiration artificielle. Les injections de strychnine et d'atropine ont été recommandées en pareil cas (Sommeaville).

Sulfate d'atropine	0 gr. 003
— de strychnine	0 gr. 010
Eau distillée	10 c.c.

L'application continue de la glace sur la tête (24 heures) semble diminuer la dyspnée.

Bronchite aiguë à la première période (congestive)

1° *Combattre la congestion* par l'application de cataplasmes sinapisés, les enveloppements humides du thorax, les bottes d'ouate aux jambes, les bains chauds (38°), suivant l'intensité de la congestion bronchique.

2° *Calmer la toux* (inutile à cette période) *et favoriser l'établissement de l'expectoration* (passage à la période de coction) par administration associée de calmants (aconit, eau de laurier-cerise, codéine, bromoforme) et d'*expectorants* (kermès, polygala oxyde blanc d'antimoine, benzoate de soude).

Par exemple :

Alcoolature de racines d'aconit	XL gouttes
Eau de laurier-cerise	8 grammes
Benzoate de soude	8 —
Sirop de codéine	50 —
Sirop de polygala	50 —
Sirop de Tolu	50 —

Quatre cuillerées à soupe dans les vingt-quatre heures, en dehors des repas, dans une tasse de tisane pectorale (potion pour deux jours).

3° *Combattre, s'il y a lieu, l'infection générale et la fièvre par un purgatif salin et un antipyrétique :*

Antipyrine	0 gr. 02
Bichlorhydrate de quinine	0 gr. 30

Pour cachet n° 2.

Un cachet le premier et le deuxième jour, vers deux heures de l'après-midi, avec une tisane d'infusion chaude.

4° *Combattre la sécheresse irritante de l'air.* Faire bouillir près du lit du malade de l'eau additionnée de feuilles d'eucalyptus et de teinture de benjoin.

Dr Martinet.

Elixir dentifrice

Alcool absolu	100 grammes
Saccharine	0 gr. 20
Menthe poivrée	0 gr. 30

10 à 20 gouttes par verre.

(Herrenknecht.)

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 40.000 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 33, rue J.-J. Rousseau

Le Gérant : Docteur Lucien Graux.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Le Renouvellement des Ordonnances

On sait qu'un jugement récent a condamné un pharmacien pour avoir renouvelé des ordonnances afférentes à des préparations contenant des substances vénéneuses.

Voici, à ce propos, les commentaires dont l'a fait suivre Me Bogelot, dans le journal *La Loi* (numéro du 8 décembre 1910). Nous les citons à titre documentaire :

En ce qui concerne le délit d'exercice illégal de la médecine et complicité de ce délit, le jugement régulièrement motivé ne paraît prêter à aucune critique.

En ce qui concerne le renouvellement des ordonnances, le jugement, partiellement au moins, paraît ne pas pouvoir être approuvé sans réserves. Le jugement dit nettement que s'il est d'usage de renouveler les ordonnances, cette habitude est regrettable et contraire à la loi.

Ainsi posée et résolue, la solution admise nous paraît une erreur, et la décision, en reproduisant le texte de l'article 5 de l'ordonnance du 29 octobre, met, à notre avis, cette erreur en évidence.

C'est la première fois, à notre connaissance, que la question a été directement tranchée. On peut toutefois en retrouver le germe dans une affaire Vermot, solutionnée par la Chambre criminelle, le 19 mars 1903 (voir *La Loi* du 6 avril 1903).

Dans l'espèce de 1903, on relevait contre le prévenu de cette époque, une double infraction : 1° comme aujourd'hui, le renouvellement des ordonnances; 2° la délivrance sans aucune ordonnance.

La Cour, dans son arrêt, s'est bornée à considérer le second fait, de telle sorte que la question du renouvellement demeurait entière.

Toutefois, elle avait été préjugée par le conseiller rapporteur, qui avait formulé un système entièrement analogue à celui que la décision admet, en déclarant cependant que le texte de l'ordonnance de 1846 ne s'applique qu'à certaines préparations.

Selon nous, il faut nettement distinguer dans les ordonnances, d'abord celles qui comportent des toxiques de celles qui n'en renferment point : et parmi celles comportant des toxiques, celles auxquelles l'ordonnance de 1846 est applicable.

L'article 32 de la loi du 21 germinal an XI, qui prohibe la délivrance de médicaments sans ordonnance, ne prescrit nullement que l'ordonnance sera datée.

Tout au contraire, l'article 5 de l'ordonnance de 1846, que le jugement reproduit, prend soin de prescrire la « date » et « la signature ».

Nous pensons que cette différence de rédaction est topique.

Il en découle que les ordonnances relatives aux produits non toxiques n'ont pas besoin d'être datées, ni même signées; dès lors, l'argument tiré du mot « datée » pour proscrire le renouvellement tombe, et il faut conclure, contrairement au jugement, que les ordonnances ne contenant pas de toxiques peuvent être refaites indéfiniment.

Par contre, il faut approuver sans réserves, *au point de vue juridique*, le jugement en ce qui concerne les ordonnances prescrivant les substance vénéneuses et les préparations nommément portées au tableau de 1859.

Il existe une troisième catégorie d'ordonnances : ce sera celle s'appliquant à des substances qui, ne figurant pas au tableau légal du 8 juillet 1850, ne sont pas des toxiques « légaux », et qui, cependant, sont bien, en fait, des toxiques.

La loi étant pénale, ne peut être étendue, et il faut, à notre avis, décider que pour ces ordonnances, le renouvellement en est permis, le tableau de 1850 étant le seul critérium. Mais il faut ajouter qu'en cette matière, si le pharmacien était léger et imprudent, une faute civile pourrait, dans certains cas, être relevée contre lui et peut-être même, parfois, la faute pénale des articles 319, 320 selon les circonstances.

Il resterait peut-être un dernier point à envisager : ce serait de se demander si la loi doit être considérée comme logique.

Nous ne saurions mieux faire que de renvoyer au rapport de M. le conseiller Bard, que nous citons plus haut. L'honorable magistrat est le premier à proclamer les inconvénients pratiques qui résultent de cette loi, et, dès le début de son rapport, il expose que l'infraction poursuivie est une de celles que la force des choses oblige le pharmacien à commettre très fréquemment.

Nous pensons même qu'il faut aller plus loin, et nous disons que la loi est pratiquement inexécutable et que si les pharmaciens s'inclinaient devant cette décision, ce serait le plus mauvais tour à jouer à la santé publique.

S'il est des cas qui pourront être nombreux, mais n'en resteront pas moins exceptionnels, où le renouvellement sera un réel danger, dans la majeure partie des circonstances, au contraire, le renouvellement s'impose.

On ne peut pas pratiquement obliger le malade à se munir d'une ordonnance qui lui coûtera cinq, dix ou vingt francs, chaque fois qu'il fera refaire une potion de 1 fr. 25, ne contenant aucun toxique ou ne le concenant pas à l'état vénéneux, suivant la théorie développée dans son rapport par M. le conseiller Bard.

D'autre part, on ne peut prescrire à la fois la quantité pour un traitement sous peine de voir souvent le produit s'altérer, et le médecin lui-même ne peut prescrire le renouvellement éventuel de l'ordonnance.

Nous concluons donc que si la décision recueillie est fidèlement conforme à la loi, la loi a besoin d'être élargie.

Paul Bogelot.

VILLES DE SAISON

CE QUI SE PASSE

Le commerce des eaux minérales en Chine.

Beaucoup d'Européens, établis à Shanghaï, consomment exclusivement, pour des raisons d'hygiène, des eaux minérales, et les statistiques des Douanes impériales chinoises indiquent un accroissement de la consommation pour les dernières années. Shanghaï, Tien-tsin et Hankéon reçoivent les 2/3 de l'importation chinoise totale.

Les eaux minérales françaises ont à lutter avec des eaux japonaises (Tansan, Hiranu), l'Appollinaris et surtout les eaux de fabrication locale (Aquarius, etc.).

Malgré cette concurrence, nos produits jouissent d'une incontestable faveur tant à cause de leur qualité que de leurs propriétés médicinales. Les principaux d'entre eux sont souvent ordonnés par les médecins contre les affections digestives, fréquentes dans ce pays, pendant l'été.

En ce qui concerne l'emballage, on conseillerait à nos exportateurs de ne pas utiliser le bouchage au liège qui, sous l'influence des climats chauds, se détériore rapidement. On préconise, par contre, le bouchage dans le genre de celui dit « à capsules métalliques ».

REVUE D'ASSURANCES

QUELQUES CONSEILS SUR LES ASSURANCES-VIE

L'Assurance sur la vie a pour effet d'augmenter immédiatement, et du vivant de celui qui la contracte, le patrimoine familial au moyen d'une cotisation annuelle. C'est une sorte d'impôt sur le revenu, non point exigé par le fisc mais librement versé par chaque contribuable, sous l'impulsion de la sollicitude paternelle. C'est la consolidation anticipée de l'épargne, c'est la plus haute expression de l'ordre et de l'économie domestique.

En général on croit, suivant la manière défectueuse dont l'Assurance sur la vie a été présentée jusqu'ici, que c'est une institution fondée spécialement à l'usage des professions industrielles et lucratives et seulement à la portée des gens riches ou aisés et créée seulement pour augmenter l'actif de leur succession. Certainement, elle correspond admirablement à la réalisation de certains projets, elle complète le désir ou le souci naturel de ceux qui veulent toujours laisser davantage. Cependant, l'homme qui par son savoir-faire et son travail pourvoit largement à l'aisance de sa famille, et gagne même du superflu, mais n'a pas encore de fortune acquise, celui-là doit se préoccuper de l'éventualité d'une mort prématurée, qui, supprimant la source de l'aisance avec laquelle il fait vivre les siens, plongerait immédiatement dans la gêne sa femme et ses enfants.

Cette mort les précipiterait du haut de la situation où il avait réussi à les élever, dans le noir et cruel abîme de la gêne immédiate avec l'expectative de dettes futures. Ce sera pis encore si les enfants sont en bas âge...

Le père de famille intelligent, dont l'esprit est ouvert au progrès, contracte à leur profit une assurance sur la vie. Il l'alimente tous les ans par le superflu dont je parlais plus haut: il a su conjurer l'éventualité menaçante, il a capitalisé d'avance son travail, il a constitué un héritage. Il a vraiment *assuré* l'aisance de sa famille. C'est bien là une Assurance au sens propre du mot, et une précaution analogue à celle du négociant qui fait assurer contre les chances du naufrage le navire et les marchandises exposés aux périls de la navigation.

La mort prématurée du chef de famille le plus habile, le plus économe, qu'il soit industriel ou praticien, est en effet l'écueil sur lequel l'aisance de sa famille est toujours exposée à faire naufrage.

Aussi j'engage mes lecteurs à s'initier sans tarder aux principes de cette institution *l'Assurance sur la Vie* qui apporte une garantie si précieuse. Je parlerai successivement des différentes formes des Assurances sur la Vie, des Assurances dotales, des Assurances qui créent des rentes viagères en un capital indiqué pour une date fixée.

Je me mets à la disposition des lecteurs qui voudraient me demander mon avis au su et des contrats qu'ils auraient déjà souscrits et dont beaucoup offrent des lacunes ignorées naturellement des souscripteurs.

G. Armand.

REVUE IMMOBILIÈRE

I. — PROPRIÉTÉS RURALES

206. **A 60 kilomètres de Paris, Orléans** et près gare, beau domaine avec château Louis XVI en très bon état situé à flanc de côteau et jouissant d'une très belle vue, 7 chambres de maîtres, 5 cabinets de toilette, calorifère. Parc de 6 hectares, bois 8 hectares, prairies 4 hectares, terres 112 hectares. En tout 130 hectares. Prix pour la totalité : 230.000 francs. On céderait le château seul avec le parc pour 80.000 fr. (2.728)

207. **Aux environs de Château-du-Loir** (Sarthe), joli petit domaine avec maison de maître, parc de 7 hectares, bois, terres et prés d'une contenance totale de 31 hectares d'un revenu moyen de 3.500 fr., bordé sur toute sa longueur par le Loir, rivière poissonneuse et canotable. Jolie petite chasse. Prix demandé : 115.000 francs. (2.631)

208. **A 28 minutes de Paris-Nord**, et à 5 minutes de la gare, ravissante villa Louis XV très bien construite et en parfait état comprenant de nombreuses réceptions, 7 chambres de maîtres, 3 chambres de domestiques, beau jardin planté de vieux arbres, rivière anglaise, potager en plein rapport. Contenance totale : 1 hectare. Prix demandé à débattre : 150.000 francs. (2.690)

209. **Indre-et-Loire.** — Château avec de très grandes réceptions, dans un beau parc, 15 hectares de bois, 15 hectares de vignes admirablement entretenues et en plein rapport produisant 800 hect. de vins réputés dans le pays, 11 hectares de terres, 4 hectares de prairies arrosables. Contenance totale : 45 hectares bordés par une rivière très profonde et poissonneuse sur 1.200 mètres. Occasion à saisir à 110.000 francs. (2.623).

II. — HOTELS PARTICULIERS

210. **Auteuil.** — Dans une rue très large, à quelques mètres de la future station du Métropolitain, nous recommandons un charmant petit hôtel tout récemment construit avec le dernier confort. Il possède un jardin des plus agréables ; salle à manger gothique, salon, bureau, quatre chambres de maîtres, très belle salle de bains ; écurie, remise, téléphone, électricité. Prix des plus avantageux à 150.000 fr. On ne demande que 30.000 fr. comptant.

211. **Neuilly Saint-James.** — Magnifique propriété ayant un parc de 5.300 mètres planté d'arbres séculaires ; constructions en bon état et pouvant loger une nombreuse famille. Vastes communs avec écuries et remises. Prix excessivement avantageux à 400.000 francs. Conviendrait très bien pour une maison de santé.

400. **Près Dammartin.** — 30 kilom. de Paris, sur hauteur avec vue splendide, très jolie propriété comprenant : maison en parfait état, 2 salons, 5 chambres de maîtres, bains, 3 chambres domestiques, jardin 1 hectare clos de murs avec potager, nombreuses sources, communs, eau en abondance. 50.000 francs.

401. **Seine.** — A 300 mètres gare, dans très belle situation, immense château bon état comprenant 2 salons, 2 salles à manger, bureau, 35 chambres dont la plupart très belles, dépendances, chapelle, potager, verger, magnifique parc de 10 hectares clos de murs avec arbres de haute futaie, 3 belles allées, pelouses, vue superbe, conviendrait pour sanatorium, maison de retraite, etc. Occasion unique. Prix : 220.000 francs.

402. **Près l'Etoile.** — Sur belle avenue sans tramway, hôtel avec tout le confort moderne, 2 salons, bibliothèque, 5 chambres de maîtres, bains. 300.000 francs.

403. **Champ de Mars.** — Hôtel Renaissance parfait état, 2 salons, 7 chambres de maîtres, bains, 7 chambres domestiques, grand atelier, lingerie, confort moderne, ascenseur, 2 escaliers, jardin, écurie et remise. Vue magnifique. 450.000 francs.

REVUE FINANCIÈRE

La Bourse vient d'être l'objet d'un remous sérieux. Le calme se rétablit et les cours se retrouvent.

Nous constatons avec plaisir que les valeurs que nous avons signalées à nos lecteurs ont suivi nos pronostics. La Banque de France va, croyons-nous, augmenter son dividende et pourrait de ce fait monter de 100 à 200 francs. La Société Générale en hausse de 10 francs justifie nos conseils. Nous conseillons toutefois de s'arrêter aux cours actuels assez élevés. L'Union Parisienne et le Crédit Mobilier ont de grosses affaires et peuvent faire encore une plus-value. La Banque Rouvier s'est naturellement tassée avec l'annonce de la mort de l'éminent financier.

Les capitalistes avisés peuvent réaliser de grosses différences en achetant en ce moment les valeurs mexicaines dépréciées par suite de la révolution et du tremblement de terre. Ce dernier n'est pas aussi grave qu'on l'a dit et le nouveau président vient de faire des déclarations de nature à rassurer les capitaux étrangers — ce qui était à prévoir. — La Banque nationale du Mexique à 1035, la Banque centrale mexicaine à 451 francs sont réellement très avantageuses à acheter : au comptant elles sont d'un rapport très élevé 5 à 6 0/0, et à terme, il y a gros à gagner. Il en est de même pour les Motor Cab (prefered) qui, croyons-nous, sont appelés à une plus-value certaine. Ils rapportent 7 francs par an et valent 59 francs. Ils sont donc excellents à mettre en portefeuille. C'est un titre sûr. On peut en outre compter que les gros bénéfices que va réaliser la Compagnie avec l'énorme trafic que vont avoir les taxis à Londres avec les fêtes du couronnement permettront une augmentation de dividende qui sera escomptée prochainement par une hausse très justifiée. Là encore on doit pouvoir prendre position sans grands risques.

Sucreries d'Egypte (ordinaires) intéressantes à 83 francs. Nous en avons recommandé l'achat vers 75 francs. Elles toucheront 100 francs, probablement rapidement.

Les Mines sont dangereuses à l'heure actuelle sauf les Central Mining à 335 parce que ce cours est très bas et les Rand Mines que l'on dit devoir monter. S'abstenir aussi des valeurs industrielles russes, c'est d'une bonne sagesse.

A.-S. Weil.

82e Année (Série XIIIe) — N° 99 Le Numéro : 25 Centimes Mercredi 21 Juin 1911

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
9, Rue Bonne-Poisson, PARIS
TÉLÉPHONE : 573-40

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale........ 15 fr.
Edition Espagnole .... 10 fr.
Edition Portugaise.... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

ÉCHOS

L'Assassinat du Dr Guinard

Nous avons appris avec une douloureuse émotion l'épouvantable assassinat dont vient d'être victime un savant éminent le docteur Guinard, chirurgien des hôpitaux. Les attentats contre les médecins se multiplient depuis quelque temps d'une façon singulière. L'abnégation et le dévonement admirables du Corps médical ne reçoivent aucunement leur récompense et notre profession est une des professions libérales les moins rémunérées aujourd'hui ; c'est là un fait bien connu. Les malades se mettent maintenant à manifester leur reconnaissance pour des soins souvent gratuits par des coups de revolver ou par des procès. Il faut réagir contre une tendance pareille qui établit mieux que de longues dissertations l'état d'anarchie morale qui est la caractéristique de notre époque.

Le geste tardif du ministre accordant une rosette rouge est insuffisant ; nos confrères ont besoin d'être un peu mieux défendus et si la justice n'acceptait pas de laisser faire des procès aussi scandaleux que celui du Dr Bazy, nous n'aurions pas à pleurer des assassinats comme celui du Docteur Guinard.

Nos martyrs.

On lit dans le *Journal officiel* du 24 mai 1911, n° 141 :

« Par décision ministérielle du 2 mai 1911 et par application des dispositions de l'article 12 du décret du 21 juin 1906, a été inscrit d'office au tableau de concours normal pour le grade de chevalier de la Légion d'honneur, M. le médecin-major de 2e classe Imbert (Antonin-Jean-Xavier), des troupes coloniales ; blessé en service commandé, le 13 avril 1909, d'une piqûre anatomique au cours d'une démonstration faite à l'amphithéâtre de l'Ecole du service de santé des troupes coloniales. Cette piqûre a été suivie d'accidents immédiats et éloignés, d'une excessive gravité. »

Un médecin Maire de Paris.

Nous apprenons avec grand plaisir la nomination comme Maire du VIIIe arrondissement de Paris, de notre excellent et très distingué confrère le docteur Maréchal. Toutes les félicitations de la *Gazette Médicale de Paris*.

Au Palais.

Ils en ont parfois de bonnes, au Palais de Justice de Montpellier, et même — si on nous concède cette locution peu usitée dans le langage judiciaire — d'épatantes !

Un sieur Leens réclamait 100.000 francs de dommages-intérêt au Dr Forgues, parce que celui-ci avait commis des imprudences professionnelles ayant causé, sur la table d'opération, la mort de son fils âgé de vingt ans.

L'éminent chirurgien, pleinement conscient du mérite de ses procédés opératoires, introduisit une demande reconventionnelle, dont il modéra d'ailleurs le taux à un franc « mettant sur le compte d'un moment d'égarement produit par la douleur le procès à lui intenté par le sieur Leens ».

Le jugement que vient de rendre le Tribunal civil de Montpellier, 1re Chambre, présidence de M. Charignon, déboute le père et accorde au médecin les vingt sous qu'il demandait : c'est parfait.

Mais, il y a plus. Pour laver M. Forgue des appréciations défavorables portées contre lui, la sentence de ces Messieurs de Montpellier s'exprime ainsi :

« ... Attendu, en définitive, qu'aucune faute professionnelle n'est relevée contre le Dr Forgues, qui a opéré le jeune Leens sur la demande du père, avec l'assistance du médecin traitant et en s'entourant de toutes les précautions usitées en pareille matière, *et dont sa situation de Professeur à la Faculté de Montpellier lui faisait un devoir* (sic)... »

Qu'est-ce à dire ? Que faut-il comprendre à cet atteudu pour le moins inattendu ?

Serait-ce qu'il existe pour les chirurgiens professant à la Faculté de Montpellier des devoirs auxquels ne participent pas les membres du corps médical, qui exercent leur art avec conscience et dévouement, quoique sans titre exceptionnel.

Ou bien le Tribunal a-t-il voulu par là décocher à un plaideur ami une manière de compliment en l'empapillotant dans l'une de ces formules alambiquées, rudes et abscences dont les gens de prétoire ont l'intime secret ? En ce cas, la politesse atteindrait maladroitement, à rebours, ceux que les juges de Montpellier considèrent sans doute, dans leur hant discernement, comme le *vulgum pecus* de la médecine.

Quoi qu'il en soit, le rédacteur du jugement a eu un coup de plume malheureux. Il nous rappelle l'éléphant de la fable qui voulait couver des œufs. Dans son intelligente sollicitude, le volumineux animal s'efforçait de les réchauffer, mais, hélas ! il les écrasa avec son gros derrière.

Dr Jules Gardol (*Conc. Méd.*).

Les femmes à l'Ecole.

Il convient d'enregistrer un nouveau succès du féminisme de bon aloi. La Faculté de médecine de l'Université de Paris vient de juger dignes du grade de docteur, cinq femmes, toutes Françaises, dont trois ont mérité, par la soutenance de leur thèse, la mention « très bien ». Mmes Charlotte Huart-Collard, Marianne Tinel-Giry, femme de M. le Dr Jules Tinel et Mlle Marguerite Weil, et deux, la mention « bien » Mlles Sophie Klein et Eugénie Vigor. Le jury a décerné des éloges et offert des félicitations aux cinq nouvelles « doctoresses », dont le succès porte à 17 le chiffre de celles qui ont été reçues cette année, jusqu'à présent.

Oies et canards engraissés à l'arsenic.

Le service de la répression des fraudes vient d'ouvrir une enquête sur les faits graves suivants qui lui ont été signalés par M. Vielle, pharmacien inspecteur de l'arrondissement de Dax. On vendrait dans certains pays d'élevage une substance destinée à provoquer un développement exagéré du foie chez les canards et chez les oies.

Cette poudre contient des produits à base d'arsenic qui a la propriété de déterminer une dégénérescence graisseuse du foie dans lequel il se localise de préférence, aussi bien que dans le cerveau.

Adjuvat

Ce concours s'est terminé par la nomination de MM. Wolfrom, Leveuf, Métivet, Luzoir et Mornard.

Les Hôpitaux Berlinois.

Du *Reichsbote* (de Berlin) :

La rédactrice de l'*Union de la protection de la maternité* vient d'être condamnée à 60 francs d'amende pour avoir établi d'une façon irréfutable que les hôpitaux berlinois fermaient impitoyablement leurs portes aux femmes sur le point d'accoucher, quelle que fût l'urgence du cas, lorsqu'elles sont dénuées de ressources.

On remarquera que lorsqu'une infamie pareille est découverte, on s'en prend à ceux qui l'ont dénoncée et non à ses auteurs. A l'Hôtel-Dieu de Paris on admet les malades sans même leur demander leur nom. On ne se préoccupe pas de savoir s'ils ont de l'argent, mais s'ils souffrent.

Le Traitement de l'Appendicite aiguë

Par M. le Dr SAVARIAUD
Chirurgien en Chef de l'Hôpital Trousseau

Il y a actuellement deux traitements de l'appendicite aiguë : le traitement médical et le traitement opératoire.

Le traitement médical comporte plusieurs moyens : les uns, universellement adoptés par ceux qui se contentent de la méthode non interventionniste, les autres discutés et même désapprouvés par certains d'entre eux.

Le repos au lit, le repos complet, absolu, même pendant l'exécution des besoins physiologiques les plus naturels, rallie tous les suffrages. Malheureusement, il est rare qu'il soit observé avec la rigueur scrupuleuse souhaitable ; plusieurs malades croient pouvoir, sans danger aucun, se mouvoir dans leur lit, changer de place à leur gré, quelquefois même se lever. Ce sont là, vous le comprenez, autant de façons de disséminer une infection qu'il y aurait tout intérêt à voir demeurer localisée.

La diète, prescrite à cette occasion, doit également être absolue, aussi bien pour les aliments liquides que pour les aliments solides ; elle durera un, deux, trois jours parfois, suivant la durée des phénomènes aigus. Le rinçage de la bouche, l'humectation des lèvres, le nettoyage de la bouche et de la gorge au moyen d'une compresse humide froide sont, par exemple, toujours possibles et indiqués. — Mais que rien ne parvienne jusqu'à l'estomac ; ce serait provoquer des mouvements péristaltiques de l'intestin susceptibles de disséminer l'infection. D'ailleurs, dans les formes ordinaires d'appendicite, la soif est peu intense ; les enfants restent assez facilement deux jours sans boire. Par la suite, quelques cuillerées d'eau lui seront données à intervalles progressivement de moins en moins espacés, avant qu'on ne passe à la prise du bouillon, de lait, etc...

Ces deux éléments de la cure médicale de l'appendicite aiguë sont admis de tous, de même que l'emploi de la glace à l'extérieur. Une large vessie couvrant tout le ventre (à son défaut deux ou trois petites), sera remplie de glace, qui sera changée toutes les deux à trois heures. Entre elle et la peau sera interposée une flanelle, dans le but d'éviter la gelure des téguments et, par suite, leur escharre. Au préalable, il y a avantage à saupoudrer de poudre de talc la surface cutanée. Certains chirurgiens, à l'exemple de Campenon, lui préfèrent un cataplasme de feuilles de tarlatane humide. J'ai cru, pendant quelque temps, que ce procédé devait être la cause de gelures, mais je suis revenu de cette prévention, en constatant personnellement que l'emploi de cette tarlatane mouillée n'avait occasionné aucun accident. Il m'a même semblé que la plus facile conduction du froid en faisait un moyen plus recommandable que la flanelle sèche. Quoi qu'il en soit, les surfaces recouvertes de glace devront être l'objet d'une surveillance attentive. A l'apparition de la moindre tache violacée, à la moindre diminution de la sensibilité, interrompez l'application réfrigérante et, par la suite, interposez de nouvelles couches de flanelle et de tarlatane. Evitez la gelure, l'escharre. En passant, je vous rappelle qu'un de nos confrères fut condamné, après avoir soigné pour appendicite une jeune fille sur le point de se marier, dont la peau avait été gangrénée par l'application d'un sac de glace.

A côté de ces trois moyens médicaux : repos, diète, glace, généralement admis, il en est deux autres : l'opium, la purgation, qui sont des plus discutables et des plus discutés.

A une certaine époque, l'usage de l'opium dans le traitement de l'appendicite aiguë était des plus courants. On prescrivait 5 à 10 centigrammes d'opium à un enfant, dans le but de calmer ses douleurs, Mais d'aucuns virent dans cet abrutissement médicamenteux du malade un résultat nullement souhaitable. N'était-ce pas masquer des symptômes propres à imposer des indications importantes ? Et n'était-on pas forcé quand, après deux ou trois jours de cet apaisement factice, les souffrances reparaissaient, de recourir à une opération souvent trop tardivement jugée nécessaire et urgente ?

Quant à la purgation, elle a été tour à tour considérée comme la meilleure et la pire des choses. A mon sens, elle constitue un moyen désastreux dans la généralité des cas, d'autant plus que souvent elle se complète de lavements obstinément répétés dans un but d'exonération. Si elle n'entraîne pas plus d'accidents graves, c'est que les erreurs de diagnostic sont fréquentes chez les médecins qui y recourent, car les chirurgiens sont rares qui usent de ce procédé. C'est que, aussi, certaines appendicites légères, certains abcès bien enkystés dans la fosse iliaque ne peuvent être rompus. Pour ma part, je la juge à tout le moins inutile, et ceci dans tous les cas. Si vous croyez une exonération nécessaire, ajournez-la. — Je ne me préoccupe jamais de la constipation de mes malades de ce genre ; en revanche, je me soucie beaucoup de l'expulsion des gaz, car leur non-émission dénote une absence des mouvements péristaltiques de l'intestin, révélatrice de sa paralysie et de péritonite. De même, je m'inquiète de la disparition des selles diarrhéiques qui marquèrent le début d'une appendicite, apendicite grave en principe ; leur cessation est la preuve que la péritonite est déjà déclarée. — Si j'estime mauvaise la méthode purgative, je ne la juge cependant pas aussi néfaste que ceux qui vous crient : « La purgation dans l'appendicite, c'est la mort. » Il y a, je le répète, des formes bénignes qui ne sont agravées ni par elle ni par les lavements, ni même par les massages les plus malencontreux.

Mais toutes ne se comportent pas, vous le savez, de façon aussi bienveillante ; certaines ne comprennent aucune plaisanterie et évoluent avec rapidité vers la péritonite généralisée, la septicémie et la mort.

**

Repos, diète, application de la glace, voilà les moyens de traitement médical indiscutés, admis par tous ceux qui ne sont pas partisans de l'intervention précoce.

Je crois à leur efficacité dans les cas de petits foyers localisés à la fosse iliaque ; les symptômes s'amendent, l'incendie bientôt se calme, le foyer s'enkyste, puis se résorbe, à moins que l'abcès ne pointe vers la peau, où on l'ouvrira bientôt.

Mais dans bien des cas, ce traitement avorte.

La cause de son insuccès réside parfois en ce que son application a été trop tardivement commencée. C'est que l'appendicite ne débute pas toujours par une douleur violente, en coup de poignard ou en coup de pistolet, comme certains le prétendent encore. Elle s'annonce, dans quelques cas, par des coliques et des phénomènes douloureux, vagues, des garde-robes et vomissements légers que l'on attribue à une intoxication alimentaire.

Le caractère peu dramatique de l'exorde de certaines appendicites explique que bien des malades ne fassent pas appeler un médecin en temps voulu. Quand deux ou trois jours plus tard, la douleur s'accentuant ou s'étendant, ils recourent à lui, il est déjà tard et l'on en est réduit à intervenir chirurgicalement, et au plus tôt.

Tel fut le cas d'un enfant du service. Un matin, il ressentit des coliques peu douloureuses. Il se rendit à l'école comme d'habitude, mangea fort bien à déjeuner et à dîner. Le lendemain matin, il eut des vomissements verdâtres. Sa mère, une femme pauvre, fit mander le médecin de l'assistance publique, qui, en raison de ses multiples occupations, ne put se rendre chez elle que vers quatre heures de l'après-midi. En l'attendant, elle s'était abstenue de tout acte intempestif, se bornant à donner au petit malade une infusion de tilleul. Quand le médecin arriva, la douleur diffuse s'était localisée dans la fosse iliaque, au point de Mac-Burney ; il posa le diagnostic d'appendicite, que notre intervention, faite dès son hospitalisation, prouva être on ne peut plus exacte.

Et à propos de la recherche du point de Mac-Burney, laissez-moi vous dire qu'on lui attribue une grande importance. Cette localisation fait défaut dans les cas les plus graves, quand la péritonite est généralisée (l'appendicite n'est, en somme, qu'une péritonite limitée) ; en plus, la douleur localisée à ce niveau se retrouve dans des affections où l'appendice n'est nullement en cause, dans la typhlocolite, par exemple, qui est une des manifestations de l'entéro-colite.

Il est une autre circonstance où le traitement médical est absolument inefficace, même appliqué dès le premier signal d'alarme : c'est quand la forme d'appendicite est grave d'emblée, quand existe une gangrène massive de l'appendice.

En résumé, le traitement médical réussit dans des cas bénins : quand l'infection est peu violente, ou quand l'abcès appendiculaire, à la suite de poussées antérieures, est enkysté derrière le cœcum. Ce n'est pas sans une certaine surprise que certains de ces malades tranquilles, lisant avec calme leur journal chaque jour, se voient un instant arrachés à leur quiétude par un chirurgien indiscret, qui leur propose d'aller fouiller dans l'intérieur de leur fosse iliaque.

Chez eux, le traitement médical avait suffi à calmer leurs craintes du début, d'un début qu'ils croyaient sans suite. Ce qui les avait sauvés, c'était la localisation de leur

mal, qui les aurait tués peut-être en quarante-huit heures, s'il avait évolué du côté du péritoine.

Vous le constatez, je ne suis pas un contempteur systématique de ce traitement médical, dont Dieulafoy a dit qu'il ne servait à rien. Je crois que c'est un bon adjuvant, un palliatif, mais qui ne doit pas avoir trop de prétentions ; aussi reproché-je à certains de ses partisans d'en être des défenseurs trop fanatiques.

J'en suis tellement peu l'adversaire que je le combine journellement avec le traitement chirurgical, qui souvent est absolument nécessaire. Dans les appendicites gangréneuses et calculeuses qui, dans notre service, tuaient 4 malades sur 5 avec le traitement médical prolongé jusqu'aux limites les plus reculées, nous avons obtenu, par le traitement chirurgical précoce, une proportion inverse de 4 guérisons sur 5 cas.

En pareille occurence, le traitement médical le mieux conduit est des plus dangereux, s'il est obstiné.

Les partisans de l'opération à froid se défendent de toute obstination, prétendant qu'ils sont tout disposés à opérer, quand la thérapeutique a échoué. C'est mal déguiser une temporisation outrancière,car intervenir seulement au moment de l'aggravation pressante du mal c'est,trop souvent,vouloir éteindre l'incendie quand le feu a envahi tout l'édifice de la cave au grenier. Sur 20 malades ainsi secourus on en sauve 1.

N'attendez donc pas, pour œuvrer utilement, l'achèvement de ce tableau symptomatique où coexistent, avec le ballonnement du ventre, une douleur diffuse de tout l'abdomen, sa contracture généralisée, la dissociation du pouls et de la température, le subictère et l'albuminurie ; en un mot, n'attendez pas la réalisation de tous ces symptômes d'urgence. Quand leur association est complète, achevée, l'intervention ne relève plus de la chirurgie, mais bien des pompes funèbres.

Opérez dès qu'un seul de ces signes alarmants a fait son apparition ; la douleur est-elle diffuse dès le premier jour, la contracture généralisée dure-t-elle depuis quarante-huit heures, vite ! opérez. La douleur diffuse est tributaire d'une péritonite.

Je ne veux pas insinuer, par là, que tous les malades porteurs d'une douleur diffusée dans tout le ventre soient voués à une mort certaine ; non ; les guérisons par traitement médical, les guérisons spontanées sont possibles ; incontestablement, elles existent. Il n'est nul besoin de les expliquer en prétendant qu'on avait affaire à des phénomènes de péritonisme. Cette interprétation est des plus fausses ; dans ces cas, il y a bel et bien péritonite, il y a du pus, peu ou prou.

J'en dirai autant de la contracture généralisée de la paroi abdominale symptomatique, elle aussi, d'une péritonite généralisée. Les appendicites peuvent guérir encore dans ces derniers cas. Cette bénignité de leur évolution prouve-t-elle qu'il s'agissait de péritonisme ? non, elle indique tout simplement que la péritonite était peu virulente.

La douleur limitée au point de Mac-Burney, au cours d'une appendicite, n'est autre chose qu'une douleur de péritonite localisée ; ouvrez le ventre,et vous trouverez dans la région du liquide (clair, louche ou purulent), parfois des produits membraneux, quelquefois un appendice gangréné.

Les moins audacieux interventionnistes vous diront, tous, que le traitement de la péritonite doit être exclusivement chirurgical ; répondez-leur que cette dernière existe déjà que se manifestent la douleur diffuse exquise et la contracture généralisée de la paroi abdominale. Ne nous payons pas de mots et de parti-pris ; ne nous hypotisons pas devant un « péritonisme » qui n'est pas, n'allons pas répétant cette erreur, à savoir que la péritonite vraie ne peut guérir seule. Il y a là une équivoque désastreuse qu'il importe de faire cesser ; dont la disparition ramènera à une plus juste compréhension de la vérité des chirurgiens prévenus, qui prennent trop tardivement une décision qui eût gagné à être hâtive.

La prudence, contrairement à ce qu'ils avancent, commande d'y aller voir, de procéder à la recherche et à l'ablation de l'appendice, cause de ces péritonites, appendice qu'on est surpris de trouver déjà sphacélé ou perforé. Sans cette intervention précoce, qui sauve si souvent le malade, que serait devenu ce dernier ? Qui pourrait prédire exactement, à ce moment, et même tout au début de l'appendicite apparemment la plus bénigne, quelle sera l'évolution de l'infection commençante ?

Cette extirpation de l'organe infectant pratiquée, prescrivez au malade le repos, la diète, la glace. L'asepsie du pansement n'est nullement compromise par l'application d'une vessie de glace ; j'associe régulièrement, dans le service, le traitement médical et le traitement chirurgical et n'ai jamais eu à déplorer la moindre complication d'ordre septique.

J'ai coutume d'ajouter à ces deux traitements combinés des injections sous-cutanées de sérum ; je recours également à des lavements de ce même sérum, à la dose de 6 à 8 litres dans les 24 heures ; c'est un bon stimulant de la sécrétion rénale, un excellent lixiviant de l'organisme.

La position de Fowler, la position assise, me semble la plus indiquée au cours de ces péritonites. Autrefois on forçait les malades à rester allongés, immobilisés comme une planche, pendant vingt et un jours ; c'était l'occasion de phlébites dues à la gêne de la circulation. La respiration et la digestion se faisaient mal, le patient s'affaiblissait. Dans la position assise, le diaphragme n'est nullement gêné dans son jeu, le poumon se ventile mieux, les anses intestinales tombent au fond du pelvis ; les autres fonctions s'exécutent plus facilement que dans le décubitus dorsal prolongé. Au cas de formation de pus dans le péritoine, le pus va au fond du bassin, d'où il convient de l'évacuer par le moyen de drains en caoutchouc simple perforés, sans biseau tranchant, munis de 10 à 12 mèches qui rappellent, par leurs extrémités divergentes,les racines d'un arbre et concourent très favorablement à l'absorption et à l'évaporation des liquides du bassin. Pas d'accumulation d'ouate sur la plaie opératoire, mais simplement des compresses de gaze, et encore peu nombreuses ; il s'agit de hâter l'évacuation du liquide purulent, résultat plus difficilement obtenu, vous le comprenez, sous des montagnes d'ouate qui entretiennent l'humidité.

J'ai l'intention de recourir — ce que je n'ai pas tenté jusqu'ici — à des courants d'oxygène dans le pelvis, dans le but d'en chasser et assécher les sécrétions.

⁂

Bien que, je le répète, nous n'ayions pas usé de ce dernier moyen dans le service, nous n'en avons pas moins eu d'excellents résultats que j'attribue à la précocité de nos interventions.

Nous n'hésitons pas à opérer toutes les appendicites, dès que le diagnostic en est posé, sans attendre l'aggravation des symptômes, sans songer même à soumettre au traitement médical seul celles d'entre elles qui paraissent les plus bénignes. Nul ne peut prévoir si une telle infection ne va pas tourner mal, si elle pourra céder à une thérapeutique, à un traitement non opératoire. Qui sait si le petit malade qu'on nous apporte a tiré un bon ou un mauvais numéro ? Mieux vaut encourir le risque d'une opération que les cent mauvaises chances que laisse subsister le traitement médical le mieux conduit. Je crois que, dans mon service, tous sont convaincus de la nécessité et de l'efficacité d'une opération précoce dans l'appendicite.

A mon avis, c'est de beaucoup le meilleur traitement, le traitement de choix, qui ne doit être mis en exécution que si l'on dispose d'une installation suffisante et d'aptitudes chirurgicales. Les maîtres sont blâmables qui disent ou écrivent : « Lisez mon livre,prenez un [illegible]teau ébréché et opérez. » Non, la chirurgie ne s'apprend pas ainsi, ce n'est pas ainsi qu'on devient un maître, et la présomption, en la circonstance, a des conséquences autrement graves que le traitement médical le plus obstiné.

S'il est faux d'avancer que toute appendicite traitée exclusivement de façon médicale est vouée à la mort, il n'en reste pas moins vrai que l'on gagnerait à renoncer définitivement à cette méthode. Nous avons vu, autrefois, quatre enfants succomber entre nos mains, parce que notre intervention fut tardive ; pour s'y décider, on avait attendu la venue de ces symptômes alarmants qui forcent les partisans de l'opération à froid eux-mêmes à intervenir. Cette année, nous n'avons pas de tels reproches à nous adresser, et jamais nous n'avons eu à regretter nos interventions précoces systématiques, au cours desquelles il nous arrivait, fréquemment, de rencontrer des cavités abdominales déjà remplies de pus. L'amélioration post-opératoire fut immédiate.

Chez les petits enfants qui nous ont été conduits sept à huit jours après le début de l'infection, et qui, par suite, ne furent opérés que tardivement, la guérison fut lente, pénible, quand elle se produisit.

Ainsi donc, le traitement idéal de l'appendice aiguë, c'est l' « opération précoce », faite dans les 48 premières heures, plus tôt si possible. Elle est à la fois préventive et curative, par le fait de l'ablation de l'appendice.

L' « opération à froid », après la crise, n'est pas toujours très facile, en raison des adhérences solides qui ont eu le temps de se former, de s'organiser ; elle est souvent plus grave que l'appendicectomie faite à chaud. Il est fréquent qu'on laisse l'appendice dont on poursuivait la recherche.

Le plus souvent, malheureusement, soit

par la lenteur du médecin à poser le diagnostic, ou encore sa confiance en un traitement médical, dont il a fini par constater l'impuissance momentanée, le plus souvent les enfants sont tardivement opérés, quand la péritonite parfois est des plus généralisées (5 à 8 jours après le commencement de la crise). Cette « opération retardée » est une mauvaise chose : elle ne convient qu'aux abcès bien localisés, et aux abcès ouvrables sans incision du péritoine. Mais s'il n'est nullement malaisé d'ouvrir un abcès unique en contact avec la paroi abdominale, il ne saurait en être de même, quand déjà les abcès sont multiples. Qu'il faille traverser le péritoine pour ouvrir la collection purulente, ou que les collections soient nombreuses, le danger opératoire est sérieux, plus sérieux que si l'intervention avait été précoce. Pourquoi ne pas intervenir tout au début et ne pas essayer de prévenir une diffusion de l'infection péritonéale, une multiplication d'abcès, une septicémie qui, à la vérité, se rencontre dans les opérations précoces, mais combien plus rarement !

Je ne veux pas aborder, aujourd'hui, l'exposé de cette opération qui diffère en gravité, comme en difficultés, suivant qu'on a affaire à un abcès en contact immédiat avec la paroi abdominale, avec le rectum (il faut faire le toucher rectal systématique), même quand on se trouve en face d'un plastron iliaque bien caractérisé), ou quand, éventualité plus compliquée, l'abcès est logé au milieu des anses intestinales.

Retenez ceci : l'opération précoce systématique doit être appliquée à l'appendicite, apparemment la plus bénigne, pour la simple raison que nous n'avons aucun moyen de nous assurer que l'infection commençante évoluera dans un sens favorable ; parce que nous ne pouvons prévoir si le cas bénin qu'on nous présente ne donnera pas lieu à une complication rapidement mortelle, que l'intervention hâtive aurait prévenue, en supprimant la source du mal.

Voilà ce qu'il faudrait dire et redire ; redire sans cesse aux partisans de l'expectative armée la plus attentive, dont les efforts tardifs, pour si adroits qu'ils soient, ne peuvent toujours, hélas ! triompher d'un adversaire des plus redoutables.

L'Aliénation mentale cause de Divorce [1]

(SUITE DE NOTRE ENQUÊTE)

XIV

Nous avons reçu de M. Georges Ripert, professeur de Droit Civil à l'Université d'Aix-Marseille, la lettre ci-dessous :

Aix, le 16 mai 1911.

Monsieur le Directeur,

M. Maurice Viollette et ceux qui suivent ses idées n'auront aucune peine à apitoyer les cœurs sensibles sur la situation d'un conjoint lié pour la vie à un dément qui n'est plus pour lui « que fardeau pesant et source d'amertume ». C'est un tableau facile à brosser : et il faut savoir gré aux partisans du divorce pour cause d'aliénation mentale de ne pas insister plus qu'il n'est convenable de le faire.

Peut-être pourrons-nous timidement essayer de déterminer un peu de cette pitié sur celui qui fait désormais partie « du lamentable troupeau des déments et des idiots » et que le divorce va peut-être priver de la dernière assistance légale qui lui était accordée. Je n'oserai répondre de la valeur de ce procédé de discussion. Le public se laisserait difficilement convaincre que le plus malheureux n'est pas le conjoint resté dans le monde et qui peut conter ses peines : l'effroi atavique et superstitieux qu'inspirent encore les déments arrête un peu la pitié.

Aussi bien la question n'est pas là et un juriste ne doit pas la résoudre par de telles considérations. Je m'attends bien à être accusé de servir un droit barbare inaccessible aux sentiments d'humanité. Je maintiens que le législateur ne doit pas consacrer sans examen tous les élans d'émancipation, tous les désirs légitimes de liberté, toutes les requêtes d'un égoïsme inavoué. Il est singulier qu'à une époque où les mots de *social* et de *socialisme* jouent un si grand rôle, on s'inquiète si peu de l'intérêt de la société lorsque se présentent ces revendications individualistes qui, dans un violent désir d'indépendance, veulent briller tous les cercles sociaux.

L'erreur pourrait bien être ici au point de départ. Quand, dans le désir légitime de séculariser le mariage, l'Assemblée constituante déclarait : la loi ne considère le mariage que comme un contrat civil, elle lançait une expression inexacte, susceptible de conduire à de singulières conséquences. Si le mariage est un contrat, les conjoints pourront le rompre d'un commun accord de volontés; chacun d'eux sera délié dès que l'autre ne pourra plus même involontairement tenir tous les engagements qu'il a pris : le conjoint du dément reprendra sa liberté, puisque l'aliéné ne pourra plus lui assurer les avantages promis.

Mais le mariage n'est pas un contrat : les consentements échangés seraient de nulle valeur si l'officier d'état-civil n'intervenait pas, il ne constate pas le mariage il le célèbre. L'Etat intervient pour reconnaître la création d'une famille légitime nouvelle. Voilà pourquoi le principe de l'indissolubilité du mariage est parfaitement concevable en dehors de toute idée religieuse. Ce n'est pas sans doute la conception de la loi française, elle admet le divorce « mal nécessaire ». Mais du moins y a-t-il dans notre droit une lumière très nette, il ne doit y avoir rupture du lien conjugal que s'il y a faute de l'un des deux conjoints. L'aliénation mentale est une maladie, ce n'est pas une faute, elle ne peut être une cause de divorce.

Je sais bien que les tribunaux sont singulièrement indulgents, que le divorce est devenu presque une formalité pour certaines gens, que le consentement mutuel existe en fait sinon en droit. La situation des conjoints mariés à des déments est infiniment plus intéressante que celle de certains divorcés. Peu importe, il faudra repousser leur demande avec regret, avec compassion si on veut, mais il faudra la repousser sans hésiter, parce qu'après eux viendraient ceux qui trouvent leur conjoint prématurément vieilli ou malade, ceux qui se plaignent d'un caractère aigri, ceux qui regrettent une fortune disparue, une situation sociale perdue, ceux qui n'ont plus toute confiance dans les qualités morales du conjoint. Qui se reconnaîtra le droit d'interrompre ce triste défilé? Pour tous ceux-là il y a « transformation de la personnalité ». On commence par le plus grave. On arrivera vite aux moins importants. Le divorce pour cause d'aliénation mentale est le commencement d'une belle réforme, mais c'est aussi la fin du mariage.

Voilà pourquoi il m'est impossible de m'associer à la proposition de loi de M. Viollette. C'est un rôle ingrat que de protester contre une intention assurément généreuse. Il faut pourtant avoir le courage de le faire.

Après tout n'est-elle pas non plus bien généreuse l'attitude du conjoint qui se donne pour adversaire dans un procès en divorce celui à qui il avait promis assistance et qui n'a jamais failli à ces devoirs.

GEORGES RIPERT.
Professeur de droit civil
à l'Université d'Aix-Marseille.

XV

M. A. Malfilâtre, médecin-directeur de l'Asile de Saint-Lizier (Ariège), nous fait parvenir la communication ci-jointe :

Saint-Lizier, le 13 Mai 1911.

Monsieur le Directeur et très
honoré Confrère,

Vous m'avez fait l'honneur de me demander mon avis sur l'« Aliénation mentale et le Divorce »; le voici :

Je commence par déclarer que je ne suis pas partisan de l'élargissement du divorce dans tous les sens. J'en déplore, au contraire, la trop grande fréquence, l'abus.

Je voudrais qu'il ne suffit pas, pour l'obtenir, de la bonne petite gifle, si aimée des avocats spécialistes. J'en dirai même autant de l'adultère simple, si je ne craignais de voir se soulever d'indignation la foule des tartufes plus ou moins conscients ! Mais là n'est pas la question; envisageons celle de l'aliénation mentale.

J'ai lu avec un grand intérêt ce qu'ont écrit mes très distingués coréligionnaires, MM. les Professeurs de droit civil Guillouart et Lucas. Ils ont su exprimer de bien nobles pensées en un très beau langage. Mais leurs arguments ne m'ont pas convaincu.

La vie, vue de près, diffère sensiblement des spéculations auxquelles se livre l'homme de cabinet. Il faut considérer le monde tel qu'il est et non pas tel qu'on voudrait qu'il fût.

On ne peut empêcher quelqu'un dont le cœur a besoin de s'épancher, et qui n'est plus allié qu'à un conjoint moralement éteint, de s'éprendre — souvent malgré lui — d'une autre personne ! C'est là un fait, peut-être regrettable, mais un fait. Que de gens, après avoir longtemps et fortement lutté, ont fini par céder à l'entraînement de la passion, et, de fil en aiguille, par vivre en faux-ménage !

Eh bien, la morale trouve-t-elle son compte à ces situations à côté que la loi actuelle ne permet pas de solutionner?

Et la dépopulation dont on s'inquiète avec tant de raison?

Je suis certainement, à mon grand regret, privé du sens juridique, car je ne comprends pas l'appellation « peine » du divorce appliquée au cas qui nous occupe. Une peine qui n'est pas ressentie est-elle vraiment une peine?

Comment un dément complet, incapable de rien saisir, comment même un persécuté, pourtant doué d'une lucidité relative, qui reproche à son conjoint toutes sortes d'injures graves imaginaires et voudrait en être séparé définitivement, comment, dis-je, les aliénés de ces catégories pourraient-ils être « punis » par un divorce qui ne léserait en rien leurs intérêts matériels? Le projet de loi de M. Maurice Colin n'assure-t-il pas en effet à l'aliéné la pension alimentaire à laquelle il a droit?

La « peine » est, présentement, du côté du conjoint sain d'esprit, condamné à vivre en dehors de toute affection légitime, en solitaire, pour obéir, sans profit pour personne, à une conception du mariage qui ne peut être celle du mariage civil, le seul dont nous ayons à nous occuper ici.

L'argument qui me paraît avoir le plus de

---

(1) Voir numéro du 1er mars de la *Gazette médicale de Paris* contenant la Proposition de loi de M. Maurice Viollette, député, ainsi que les numéros des 7 et 31 mai concernant le début de notre enquête et les réponses reçues.

poids contre l'admission de l'aliénation mentale parmi les causes de divorce, c'est celui qui, si je ne m'abuse, fut invoqué par la Commission de l'Académie de Médecine dont l'avis avait été sollicité à propos de la loi de 1884, *l'impossibilité d'affirmer d'une façon absolument certaine l'incurabilité d'un aliéné.*

Il faut admettre que, même après 5 ans d'internement et un rapport d'experts concluant à un état définitif, des guérisons, ou, plus exactement, des améliorations permettant la sortie de l'Etablissement, pourront encore se produire. Elles seront rarissimes, c'est entendu, mais enfin, il y en aura.

Eh ! bien, je ne puis accepter que, à cause de ces merles blancs, soient condamnés au veuvage perpétuel les conjoints des merles noirs.

Nous vivons sous le régime des majorités. La minorité, fût-elle d'une voix, doit plier sous la loi qu'elle a combattue mais que le plus grand nombre a votée ! Et alors, pour ce seul cas, ou voudrait ne s'exposer jamais à causer de préjudice d'un certain côté !

Ce serait parfait s'il ne pouvait y en avoir aussi de l'autre !

N'est-il pas clair que, avec la législation actuelle, il y a un dommage, aussi important qu'inutile, subi par des innocents, cette multitude d'époux et d'épouses enchaînés à perpétuité à des cadavres moraux et condamnés à vivre sans famille, sans enfants?

Examinons un peu la situation de l'aliéné divorcé, qui, ayant guéri ou s'étant tout au moins suffisamment amélioré pour pouvoir quitter la Maison de Santé, ne retrouvera plus son ancien foyer.

D'abord au point de vue matériel — et il faut qu'il en soit ainsi — il aura le nécessaire.

Quant au point de vue moral, certes cet ancien aliéné éprouvera des regrets plus ou moins vifs. Mais ces regrets seront-ils sensiblement différents de ceux dont souffre cette foule de gens qui n'auraient pas voulu divorcer et qui — sans ressortir en rien à l'aliénation mentale — l'ont été malgré eux, parce qu'il a plu au conjoint, dans son désir de rupture, de profiter de la petite « *injure grave* » dont bien peu de ménages sont exempts?

Est-il moins à plaindre aussi celui qu'abandonne, sans formalités légales, un compagnon volage, au sens moral émoussé, lequel, dans le but de satisfaire une passion presque exclusivement physique, n'hésite pas à déserter le foyer domestique, devenu pour lui d'une trop grande monotonie?

La vie est fatalement semée de douleurs, d'injustices. Nos lois doivent toujours tendre à en restreindre le nombre. Espérer les faire disparaître entièrement, ce serait de l'utopie.

Inutile d'ajouter que le divorce n'est pas obligatoire. Nous pourrons toujours honorer et saluer bas ceux qui, pouvant en user, s'y refuseront, et, stables dans leurs sentiments, se contenteront de vivre dans le culte du souvenir, en songeant aux douces heures d'intimité à jamais disparues.

Recevez, Monsieur le Directeur et très honoré Confrère, l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

A. MALFILATRE,
Médecin-Directeur
de l'Asile de St-Lizier (Ariège).

XVI

M. le Docteur Lucien Lagriffe, ancien interne des Hôpitaux, médecin des Asiles à Auxerre, nous communique l'avis ci-dessous :

Auxerre, le 8 mai 1911.

Mon cher Confrère,

L'idée extrêmement heureuse que vous avez d'organiser une sorte de referendum sur la question de l'aliénation mentale et du divorce constitue une nouveauté qui ne saurait trop être encouragée. M. Maurice Viollette, en cherchant à étayer son rapport de l'avis de praticiens, n'est pas moins à louer et nous pensons tous que cette manière de faire lui permettra de mettre sur pied un projet de loi dans lequel toutes les éventualités seront sagement prévues et qui, chose rare dans les textes législatifs, pourra s'adapter à tous les cas.

Les dispositions légales actuelles sont tellement étroites que souvent les magistrats se trouvent dans l'obligation et se croient en droit de les tourner, exemple : les excès alcooliques ou vénériens, facteurs de folie, et considérés comme injures graves. La loi est donc trop étroite, il faut l'élargir. C'est là un point sur lequel tout le monde est d'accord et c'est là essentiellement le nœud de la question. Gardons-nous de voir reprocher à un nouveau texte ce qu'il y a de criticable dans le texte ancien et souvenons-nous du danger que crée la recherche des formules.

On a posé en principe, autrefois, que l'aliénation mentale ne pouvait *jamais* être considérée comme un motif valable de divorce; évitons, aujourd'hui, de faire décider que l'aliénation mentale pourra *toujours* être considérée comme un motif de divorce.

Au danger de retomber dans les errements anciens, je ne vois pour ma part qu'un remède : supprimer les prescriptions draconiennes de la réglementation passée et la remplacer par...... rien; laisser les tribunaux juger sur des questions d'espèces, de manière à ce qu'il y ait autant de solutions que de cas particuliers. Instituer seulement une procédure particulière dans laquelle seront fortifiés les droits du malade en ce sens que lorsque les circonstances ne permettront pas de l'entendre, contradictoirement, et il y a des espèces telles, le malade sera obligatoirement représenté par un mandataire spécial, et dans laquelle le médecin *spécialiste* sera, obligatoirement lui aussi, entendu.

C'est là, à mon avis, le seul moyen d'éviter les difficultés que peuvent créer les cas particuliers et vous savez, mon cher confrère, qu'en matière de maladie il n'y a que des cas particuliers.

Croyez, je vous prie, aux sentiments les meilleurs de votre tout dévoué et concis,

Dr LUCIEN LAGRIFFE,
Ancien interne des Hopitaux,
Ancien Chef de clinique à l'Université de Toulouse,
Médecin des asiles, Auxerre.

XVII

M. le Docteur Castin, médecin en chef de l'Asile d'Aliénés de Grenoble nous envoie la réponse suivante :

Le 10 *mai* 1911.

Monsieur et très honoré Confrère,

J'ai relu avec beaucoup d'intérêt l'article de M. le Député Viollette sur « l'aliénation mentale cause de divorce » dont vous avez bien voulu m'adresser un exemplaire en me demandant mon avis.

Comme tant d'autres je me rallie bien volontiers aux conclusions de l'auteur.

Mais, le principe admis, l'application est-elle possible? Les adversaires du projet objectent unanimement : « Existe-t-il un moyen infaillible de reconnaître l'incurabilité d'une maladie mentale? » Sans ambages nous déclarerons : non, il n'y en a pas, et plus généralement nous ajouterons que le mot infaillible n'est jamais de mise quand il s'agit de pronostic médical.

Se tromper est humain et de toutes les branches de l'activité de l'homme la médecine est peut-être l'une des plus incertaines. Mais pourquoi exiger de nous un criterium infaillible de pronostic alors que même le patient qui se fait ouvrir le ventre, ce qui est bien quelque chose, n'en demande pas tant. Il s'en remet à la sagesse du chirurgien, ce dont nul ne songe à le blâmer. Au fond, dans le cas particulier, il s'agit de décider si quelques erreurs inéluctables dans son application peuvent suffire à rejeter tous les avantages de la réforme proposée par MM. Viollette et Colin. Nous ne le pensons pas.

Mais le législateur, croyons-nous, fera peut-être bien de préciser les garanties qui devront entourer l'expertise médico-légale, pierre angulaire de l'édifice projeté : Le conjoint aliéné devra être interné, depuis trois années, a-t-on proposé. C'est un minimum.

Le rapport dont il sera l'objet devra être confié à des aliénistes de carrière dont le médecin traitant. De plus, l'expertise, à la demande de l'une des parties ou de leurs représentants, devrait toujours être contradictoire. En cas de doute le sujet serait transféré dans un autre établissement d'aliénés afin d'y être soumis à l'examen d'autres médecins aliénistes.

Le conjoint aliéné pourrait être entendu par le Tribunal. Cela n'engagerait à rien et ferait plaisir à l'opinion publique. Quant à la seule garantie efficace d'un bon pronostic, il ne faut pas s'y tromper, elle ne se trouvera jamais, suivant une formule bien connue, que dans la science et la conscience du médecin-expert, comme ses confrères de la médecine générale et de la chirurgie le médecin d'aliénés doit peser ses résolutions et se souvenir de ses responsabilités, qui sont particulièrement lourdes. Chaque année remettre en liberté une centaine de ses malades guéris ou jugés par lui assez améliorés pour être devenus inoffensifs; désigner aux Administrateurs provisoires des biens ceux parmi les autres qui sont encore susceptibles de guérison et dont les pauvres meubles et hardes, souvent tout ce qu'ils possèdent, doivent être encore préservés de la vente aux enchères et de la dispersion; dépister les simulateurs délinquants et criminels et trancher les cas les plus troublants de la médecine légale au cours des expertises que les magistrats veulent bien lui confier : telle est une partie de la tâche qui incombe généralement au chef de service d'un établissement d'aliénés et qui ne va pas, soit dit en passant, sans appréhensions, transes diverses et quelques troubles du sommeil mais un pareil apprentissage si ardu qu'il soit n'est pas sans utilité puisque l'on pourra y trouver, s'il en est besoin, quelques références en ce qui concerne le futur rôle du médecin aliéniste dans l'application de la loi projetée.

Veuillez agréer, Monsieur et honoré Confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments.

Dr CASTIN,
Médecin en Chef
de l'Asile d'aliénés de Grenoble.

XVIII

Nous recevons de M. Georges Bourgin, archiviste paléographe, licencié ès-lettres, bibliothécaire aux Archives Nationales, l'opinion ci-jointe :

Paris, le 6 *mai* 1911.

Mon cher Graux,

Voici ma réponse à ton enquête, si intéressante :

La mort d'un des conjoints dissout le mariage : l'aliénation mentale est la mort de l'esprit, elle devrait donc avoir sur le mariage les effets de la mort physique, et on ne peut qu'applaudir à l'initiative de M. Viollette d'introduire dans notre législation un progrès conquis par d'autres sociétés et qui pourra libérer de nombreux individus enfermés dans une situation sans issue.

Mais deux questions restent à résoudre, car les droits de l'individu ne sont pas seuls en jeu : d'une part, définir avec précision l'aliénation mentale, dont les modalités et la durée, assurent psychologues et médecins, sont extrême-

ment variables; sinon, par le divorce pour cause d'aliénation mentale, trop largement et inconsidérément entendu, seront brisés un grand nombre d'unions, dont on pouvait espérer des résultats meilleurs, au cours d'une vie qui répare des erreurs, redresse des caractères, reforge des cerveaux.

D'autre part, modifier, transformer, émonder la loi de 1838, dont l'application est défectueuse; sinon, grâce à la collusion des conjoints indignes et des médecins indignes, le divorce pour cause d'aliénation mentale sera l'une des solutions du mariage gênant, et, dès lors, la libération d'un conjoint aura pour rançon l'internement de son partenaire dans la prison des fous. On risque ainsi de rétablir, indirectement, le divorce par la volonté d'un des conjoints, et au dépens de la personnalité de l'autre.

Dans ces conditions, si l'on admet qu'on a, dans l'état actuel de la science, des moyens suffisants de déterminer l'aliénation mentale incurable, il convient, avant de l'introduire parmi les causes du divorce, de remanier la loi de 1838, ou, plutôt, d'élaborer un texte sur les bases de la protection de l'individu, de la paix familiale et de la sûreté sociale.

Tout à toi,
G. Bourgin.

XIX

M. le Dr Alexandre Pilcz, professeur à l'Université de Vienne (Autriche) nous fait parvenir l'avis ci-dessous :

Vienne, le 9 mai 1911.

Monsieur,

Je m'empresse de répondre à votre lettre du 4 courant.

D'après mon avis tout ce que l'on peut demander dans la question « aliénation et divorce », est contenu et garanti dans le § A 569 du Code civil allemand de 1900 :

« Ein Ehegatte kann auf Scheidung klagen, wenn der anderre Ehegatte in Geisteskrankheit verfallen ist, die Krankheit wahrend der Ehe mindestens drei Jahre gedauert und einem solchen Grad erreicht hat, dass die geistige Gemeinschaft zwischen den Ehegatten aufgehoben, auch jede Aussicht auf Wiederherstellung dieser Gemeinschaft ausgeschlossen ist.

La loi exige donc :

I. Durée de la psychose au moins 3 années;
II. Intensité de l'aliénation;
III. Incurabilité;

Ces trois points doivent être constatés, si le divorce doit être admis.

Je trouve qu'il y a assez de garanties contre les divorces trop légers, mais aussi, que les demandes de la psychiatrie et de l'humanité sont satisfaites, et je voudrais que la France et ma Patrie acceptent ce paragraphe du code civil allemand.

Agréez mes sentiments distingués,

Dr Alexandre Pilcz,
Professeur à l'Université de Vienne.

XX

M. le Docteur Maurice Dide, directeur de l'Asile d'Aliénés de Braqueville, près Toulouse nous écrit :

Toulouse, le 11 mai 1911.

Le Directeur-Médecin de l'Asile public d'Aliénés de Braqueville à Monsieur le Directeur de la *Gazette Médicale de Paris*.

Mon cher Confrère,

Vous avez bien voulu me demander mon avis sur la question du divorce chez les aliénés, la voici :

En principe, j'y suis favorable, mais je pense qu'il y aurait lieu de modifier légèrement le projet de loi.

Je voudrais que l'aliéné qui fait l'objet d'une instance de divorce fût toujours entendu par le Tribunal, soit au Palais, soit à l'Asile, si son transport était impossible; cela a lieu pour les procédures d'interdiction et je n'y vois que des avantages.

Je voudrais aussi que le médecin traitant, qui est généralement le meilleur ami de ses malades, fût toujours appelé à aider le Tribunal dans son interrogatoire qui, de la sorte, deviendrait toujours utile.

Je voudrais qu'au cas où l'aliéné n'est pas interdit, l'Administrateur provisoire de ses biens, fût entendu obligatoirement.

Ces dispositions éviteraient, à mon sens, tous les abus, ou les réduiraient au minimum; les intérêts des malades seraient défendus comme il convient, et, d'autre part, le Tribunal pourrait être amené à rejeter le divorce, au cas où l'évidence de l'incurabilité n'apparaîtrait pas clairement, surtout si l'aliéné lui-même protestait contre cette mesure, donnant la preuve de la conservation de ses sentiments affectifs. Car c'est surtout la mort affective qui légitime cette disposition légale; elle est assez évidente et joue un rôle assez important dans le pronostic des maladies mentales, pour qu'il y soit fait allusion dans un texte légal qui modifie la situation civile des aliénés.

Je vous prie de croire à mes sentiments bien confraternels.

Dr Maurice Dide,
Directeur-médecin en Chef de l'asile d'aliénés de Braqueville, près Toulouse,
Ancien Professeur suppléant, chargé de l'enseignement psychiatrique à l'Université de Rennes.

XXI

Nous recevons d'une personnalité très autorisée de la *Société Internationale pour l'Etude des Questions d'Assistance* l'intéressante lettre suivante. Nous respectons l'anonymat de notre collègue.

Mon cher Collègue,

Des raisons personnelles m'empêchent de vous donner actuellement mon opinion détaillée sur la question au sujet de laquelle vous voulez bien me consulter; je me reprocherais toutefois de laisser votre circulaire sans réponse.

Voici donc très succinctement mes observations essentielles sur la proposition de l'honorable M. Viollette :

1° La justification dominante du projet est bien le fait d'affections mentales dénaturant tellement la personnalité psychique de l'époux que son conjoint ne trouve plus même en lui matière à dévouement désintéressé, les marques d'affection allant jusqu'à irriter le malade au lieu de le soulager, mais il convient de remarquer que ces manifestations morbides peuvent se rencontrer en dehors des cas d'internement et qu'en conséquence il conviendrait d'étendre le bénéfice du projet Viollette aux cas de traitement de l'aliéné dans sa famille prévus, si je ne me trompe dans le projet de loi Dubief.

2° Il est vraisemblable qu'à l'heure actuelle nombre de cas de divorce sont solutionnés par les tribunaux au point de vue seulement du droit civil ou pénal qui relèveraient logiquement de la loi future. En effet faute d'établir l'aliénation de l'époux, on lui impute comme injures graves ou sévices, les manifestations d'un état délirant non diagnostiqué, de même qu'on condamne couramment à des peines diverses des aliénés méconnus, ainsi qu'en témoigne la documentation très suggestive publiée par M. Henri Monod, alors directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, dans les fascicules 47 à 50 du Conseil supérieur de l'Assistance publique.

Veuillez agréer, mon cher collègue, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

P. S. — Si vous ne possédez pas ces fascicules je tâcherai de vous les procurer; en tout cas, il vous sera facile de les consulter un mercredi à la Bibliothèque de notre Société.

N. B. — Pour les raisons auxquelles je fais allusion je désire que ces indications purement scientifiques ne soient pas publiées comme venant de moi.

XXII

M. le Docteur Aubry, médecin chef de l'Asile d'aliénés du Bon-Sauveur, à Saint-Lô, a bien voulu nous faire parvenir l'étude ci-dessous :

Saint-Lô, le 12 mai 1911.

Monsieur et très honoré Confrère,

Je vous adresse ma réponse au referendum sur le Divorce et l'Aliénation que vous m'avez fait l'honneur de m'adresser — réponse purement basée sur des constatations personnelles, en dehors de toute prétention juridique qui n'est pas de ma compétence.

Je vous remercie aussi des travaux sur ce sujet que vous m'avez communiqués, et vous prie de croire à mes sentiments les plus distingués.

Dr Aubry,
Médecin-chef du Bon Sauveur, Saint-Lô (Manche).

La question peut être envisagée de deux côtés, suivant que le divorce sera demandé par le conjoint aliéné ou le conjoint sain. Le premier cas ne paraît pas devoir être retenu; je mentionne cependant, après d'autres, qu'il est jusqu'ici assez répandu et sanctionné, sans le savoir il est vrai, par les tribunaux.

Nous trouvons, en effet, le divorce fréquemment dans les antécédents de nos aliénés; dans un service de 530 femmes, je compte 7 persécutées divorcées et un nombre beaucoup plus grand séparées, toutes ont provoqué l'action en divorce, dans 5 cas le divorce a été prononcé à leur avantage — ces actions avaient toujours été le résultat de troubles mentaux.

En raison peut-être de la législation actuelle, nous entendons assez rarement désirer le divorce par le conjoint sain.

Je pense cependant qu'il serait à souhaiter suivant le projet de M. Viollette d'introduire une réforme dans la loi, et de voter une *mesure de principe permettant le divorce, malgré l'aliénation et même pour cause d'aliénation.* L'application de cette mesure paraît plus difficile, si on se place en face de chaque cas, et nécessitera une étude approfondie où collaboreront médecins et magistrats.

Pour une certaine catégorie d'aliénés, et c'est à leur égard surtout que cette mesure est désirable, l'application paraît facile et commencée déjà par quelques magistrats qui ont envisagé moins le fait de l'aliénation, que le caractère des circonstances qui l'ont provoquée, ou les sévices qui l'accompagnent. Les alcooliques, certains dégénérés, fous moraux, délinquants criminels, récidivistes avec lesquels la vie conjugale est intolérable, malgré des intervalles lucides, sont compris dans cette catégorie. Un article de loi sanctionnant ces tendances de la jurisprudence, permettront la rupture d'un lien qui n'offre que des dangers pour l'autre conjoint, pour ses enfants, et pour la société. Les doléances que nous entendons de la part des familles d'aliénés viennent presque exclusivement d'époux d'alcooliques.

Pour les autres aliénés, le divorce ne paraît désirable qu'à la condition de ménager les intérêts de l'interné et de consacrer la fin d'une union qui n'existe plus en réalité.

L'incurabilité, et j'ajouterai même une déchéance morale complète, sont nécessaires. Le délai de trois ans peut être retenu, mais en se rappelant qu'après trois ans passés à l'asile, un assez grand nombre d'aliénés laissent le médecin dans l'hésitation, ou même permettent des espoirs sérieux de guérison. Que le divorce soit donc demandé à ce moment, mais alors qu'une expertise, contradictoire au besoin, apporte au juge toutes les lumières possibles. Si le médecin

peut établir que l'aliéné a perdu sans recouvrement possible toute valeur familiale et sociale, la procédure suivra son cours, sinon un délai nouveau sera accordé. Il paraît injuste qu'un aliéné apprit après son rétablissement la rupture d'un lien contracté entre les deux parties en toute connaissance de cause et brisé dans un moment de maladie, c'est-à-dire en fait à son insu et sans défense possible de sa part. La crainte d'une telle éventualité permettra aux tribunaux et aux médecins de restreindre, dans de justes proportions, le divorce en principe pour cause d'aliénation.

(*A suivre.*)

REVUE D'UROLOGIE

Symptômes cliniques des calculs rénaux, par le Dr Rafin (*Journ. des méd. praticiens de Lyon et de la région*).

L'application de la radiographie à la lithiase rénale a imprimé à l'étude de cette affection de très considérables modifications. Son influence est comparable à celle du cathétérisme urétéral ou de la séparation endo-vésicale. Il en résulte que l'histoire des calculs rénaux peut être divisée en période préradiologique et période radiologique. Aussi, laisserai-je de côté les cas de lithiase rénale que j'ai opérés sans le secours de la radiographie, et ne tiendrai-je compte, dans les lignes qui vont suivre, que des cas que j'ai opérés depuis mai 1906, c'est-à-dire depuis que l'hôpital Saint-Joseph a été pourvu d'un service de radiographie dirigé par M. Arcelin. C'est de cette époque que date la période radiographique des calculs rénaux, pour la région lyonnaise.

Ces cas sont au nombre de 45. C'est sur ces 45 observations de calculs du rein, ayant reçu la sanction opératoire, que je me baserai pour étudier les symptômes des calculs rénaux.

En dehors des renseignements que fournit la radiographie et qui constituent, à eux seuls, dans la majorité des cas, un critérium suffisant, la symptomatologie des calculs du rein repose à peu près exclusivement sur les caractères de la douleur et l'examen de l'urine.

Il convient d'étudier séparément les calculs aseptiques (ou très légèrement infectés) et les calculs infectés.

I. — Lithiase aseptique

a) *La douleur dans la lithiase aseptique.* — En présence d'un malade chez lequel nous soupçonnons un calcul du rein, une de nos premières questions sera la suivante ;

Avez-vous eu des coliques néphrétiques ? Pris dans un sens général, le terme de *colique néphrétique* ne signifie pas autre chose que douleur rénale à forme paroxystique et on peut l'observer dans diverses affections.

Mais en relation avec la lithiase, il traduira soit une obstruction brusque par un calcul de l'uretère, du bassinet, ou même, exceptionnellement, d'un calice, soit la migration d'une concrétion le long de l'uretère, jusque dans la vessie d'où il sera éventuellement expulsé au dehors.

Dans ce dernier cas, la crise mérite le nom de colique néphrétique *complète*. Sa valeur pour diagnostiquer la lithiase est absolue, sans qu'elle permette, en aucune façon, de dire s'il reste ou non quelque calcul dans le rein.

Interrogeant mes observations, je suis frappé de la rareté de la colique néphrétique complète, ainsi comprise.

Sur 18 cas de calculs du rein aseptiques que j'ai opérés, 4 fois seulement elle est mentionnée.

Je ne ferai pas de difficultés pour convenir que ce chiffre n'est sans doute pas absolument exact, qu'il faut compter avec l'oubli et l'inattention des malades. Il n'en reste pas moins que la colique néphrétique complète est un fait relativement rare chez les malades qui, pour avoir retenu un calcul dans le rein, devront en subir ultérieurement l'ablation chirurgicale.

Chez les lithiasiques rénaux, le phénomène douleur est cependant un symptôme d'importance primordiale, qu'il soit constitué par des crises paroxystiques, sans expulsion de calcul, qu'il se montre indépendamment des crises ou à la suite de celles-ci.

Deux de mes malades seulement y ont échappé d'une façon à peu près complète.

Une petite fille de 6 ans 1/2, porteur d'un calcul de carbonate de chaux, du poids de 8 grammes, et un adulte chez lequel j'enlevai un calcul d'acide urique pur pesant 33 grammes.

La douleur est d'intensité variable, mais elle a à peu près toujours, comme caractère essentiel, d'être soumise d'une façon directe, à l'influence du mouvement et du repos, exagérée par le premier, calmée par le second. La marche, l'exercice de la chasse, les occupations professionnelles deviennent l'occasion de douleurs. Tel de nos opérés a abandonné une profession lucrative pour se retirer à la campagne, tel autre, employé, demande un congé, un troisième est obligé de se coucher à demi sur le sol au cours d'une chasse et même de délaisser complètement ce sport favori, tel enfin se confine dans son appartement, devient dyspeptique et obèse.

Une de nos malades avait pris un parti plus radical : elle restait couchée.

Je citerai enfin une femme, sans doute prédisposée, que l'on dut interner pour des troubles mentaux, développés vraisemblablement sous l'influence de la douleur.

Cette douleur affecte parfois des caractères particuliers. Un de mes opérés se plaignait surtout de la vessie et je fus amené à lui pratiquer un examen cystoscopique.

Plusieurs ont cru à une hernie, ont consulté des chirurgiens pour ce motif, et il en est auxquels cette opération fut proposée.

A la douleur spontanée, il faut ajouter la douleur à la pression du rein, pression modérée et prudente, comme il convient pour un organe contenant un corps étranger susceptible de le blesser.

Quelques malades ont accusé une douleur vive aiguë, dont les deux sièges de prédilection sont : en arrière, l'angle que forme la côte avec les muscles lombaires, et en avant le voisinage du hile, près de la colonne vertébrale.

Il ne faudrait pas s'attendre à constater un parallélisme exact entre la douleur spontanée ou sous l'influence des mouvements, et la douleur provoquée par la palpation.

Certains, souffrant vivement au point de se condamner au repos à peu près absolu, ne manifestent pas de douleur vive au moment de la palpation de leur rein.

Sans doute, comme pour la douleur spontanée, on devra tenir compte du coefficient personnel ; mais il faudra y ajouter le degré d'accessibilité plus ou moins grand du calcul.

Examinant attentivement les radiogrammes, Arcelin a remarqué que, chez quelques malades souffrant peu à la palpation, le calcul était en quelque sorte à l'abri derrière la douzième côte, ou bien entre la onzième et la douzième côte, ou encore enfoui dans un espace costo-vertébral étroit.

Toutefois, ces constatations n'ont rien d'absolu.

La place me manque pour discuter ici l'importance au point de vue de l'intensité de la douleur spontanée ou de la pression, des dimensions du calcul, de sa constitution chimique, de l'état lisse ou pourvu de pointes acérées de sa surface extérieure, de sa mobilité ou de sa fixité, de l'existence de la périnéphrite scléreuse, de la formation d'un véritable lipome entourant le calcul, ainsi que je l'ai constaté en opérant, discussion du reste dépourvue d'intérêt dans la pratique.

Quoi qu'il en soit, précédée ou accompagnée de crises paroxystiques, avec ou sans expulsion de gravier dans la vessie ou au dehors, d'intensité variable suivant les sujets, soit spontanément, soit à la pression, offrant parfois un défaut de parallélisme entre ses manifestations spontanées et à la palpation, la douleur provoquée par la lithiase rénale a pour caractéristique *d'être exagérée par la fatigue et le mouvement, et calmée par le repos.*

b) *Caractères de l'urine. — Hématurie.* — Dans la lithiase rénale, l'hématurie atteint rarement une grande importance. C'est à ce point qu'un petit nombre de malades seulement a observé que son urine était sanglante ou marc de café. De sorte que c'est l'examen médical qui va trancher la question. Recueillie avec les précautions voulues, c'est-à-dire en faisant uriner le malade dans un verre (chez la femme, une toilette soignée est nécessaire, à moins que l'on ne soit dans les conditions requises pour la recueillir à la sonde), l'urine apparaît limpide, dépolie, louche, hématique.

Hormis le dernier cas, et même en l'absence d'une réaction positive due à l'albumine du sang, il faut recourir à l'examen microscopique de l'urine centrifugée (1).

Dans une urine limpide, ou à peine dépolie (une urine pour laquelle on dit volontiers qu'elle contient un peu de mucus), nous constaterons souvent quelques globules de sang qui nous mettront sur la voie de l'origine de l'albuminurie, et orienteront notre diagnostic vers une affection chirurgicale des voies urinaires (lithiase, cancer, tuberculose, néphrite hématurique).

Si j'insiste sur ce point, c'est que cette technique très simple, et à laquelle je me conforme strictement depuis nombre d'années, m'a rendu les plus grands services.

Le nombre des albuminuries orthostatiques (dont je ne nie nullement l'existence), diminuera le jour où le microscope et le centrifugeur prendront la place qu'ils méritent dans le cabinet du praticien.

Ne nous attendons donc pas à constater d'ordinaire, chez les malades porteurs de calcul du rein, des hématuries macroscopiques, recherchons les petites hématuries, les hématuries microscopiques, mais recherchons aussi l'influence de la fatigue et du repos sur leur production.

Elle est non moins évidente que pour la douleur.

Comme la douleur, l'hématurie, rarement abondante, parfois macroscopique, souvent microscopique, aura, dans la lithiase aseptique, ce caractère essentiel et presque absolu *d'être provoquée par la fatigue et arrêtée par le repos.*

II. — Lithiase infectée

a) *Douleur.* — Sur 27 calculs infectés que j'ai opérés, la colique néphrétique complète, dans le sens que j'ai indiqué, n'a pas été observée plus fréquemment que chez les aseptiques.

Cette constatation, suggérée par la lecture de mes observations, m'a surpris. En effet, avant d'être soumis à la néphrotomie ou à la néphrectomie, quatre d'entre eux avaient été opérés par mon assistant Giuliani ou par moi-même pour calculs de la vessie.

Cette proportion de calculs vésicaux me portait à croire que la colique néphrétique complète était plus fréquente.

Dans un certain nombre de cas (six), la dou-

(1) Le dépôt de l'urine obtenu par repos ou par centrifugation doit être soumis à l'examen chimique et microscopique. Abandonnons au moins cette déplorable et traditionnelle pratique de la filtration des urines avant l'analyse. Filtrer l'urine, c'est « jeter le meilleur », suivant la très juste expression du docteur W....

leur affecta la forme de crises paroxystiques. Parmi ces derniers, trois étaient porteurs de petits calculs rénaux ; chez eux, les crises douloureuses étaient dues à l'obstruction momentanée par le calcul de l'orifice urétéro-pyélique, d'où rétention d'urine purulente, tuméfaction du rein, douleur et fièvre.

Plusieurs de mes opérés se plaignaient d'une sensation de lourdeur plus ou moins pénible, d'un sentiment de plénitude, plutôt qu'une douleur vive, aiguë.

D'une façon générale, on a l'impression que la douleur est moins vive chez les infectés que chez les aseptiques. Elle est aussi moins influencée par les mouvements, et le repos manifeste d'une façon moins évidente son action sédative.

En un mot, chez les infectés, le symptôme douleur passe parfois au second plan, et, en tout cas, ses caractères si nets chez les aseptiques se dégagent moins nettement.

b) *Caractères de l'urine. — Hématurie.* — L'hématurie n'est, certes, pas un fait négligeable chez les infectés.

Quand, dans l'urine purulente d'une pyélonéphrite, le cancer et la tuberculose mis à part, nous constatons la présence du sang, ou si le microscope nous révèle des hématies, nous dirigeons immédiatement nos recherches vers la lithiase.

Et cependant, ici encore, la grosse hématurie est relativement rare dans l'histoire de nos opérés, ou bien la constatation de l'hématurie a été faite de nombreuses années auparavant, vingt ans, vingt et un ans, comme dans deux de nos observations, alors qu'il n'étaient peut-être pas encore infectés.

Mais, d'une façon générale, l'hématurie se confond avec la pyurie et, par suite, l'influence de la marche, de la fatigue ne se détache pas avec précision.

Le chirurgien lui-même, attentif surtout à la purulence, ne répète pas assez souvent ses investigations pour être en mesure d'affirmer ou de nier l'hématurie, quand elle n'existe qu'à l'état microscopique.

c) *Phénomènes généraux.* — En revanche, chez les lithiasiques infectés, ce sont les phénomènes généraux qui dominent la scène, ce sont ceux qui déterminent le plus souvent le malade, jusque-là plus ou moins indifférent à la gêne qu'il éprouve ou à la purulence de son urine, à venir consulter le médecin, et le contraindront à accepter et même à demander l'intervention.

A part quelques cas exceptionnels, où ce fut une crise d'anurie, des douleurs vésicales (très rares dans la lithiase rénale), ce fut presque constamment la fièvre, l'anorexie, l'affaiblissement général allant parfois jusqu'à la cachexie, qui déterminèrent mes malades à accepter l'opération.

Dix ans avant, je l'avais proposé sans succès à un de mes opérés ; Albarran l'avait conseillé à un autre, que j'opérai quinze ans après dans un état voisin de la cachexie.

De sorte que si le clinicien a le devoir, en présence d'un lithiasique infecté, de rechercher les conditions dans lesquelles se produisent la douleur, l'hématurie et la pyurie (sans parler de l'augmentation de volume du rein qui n'est nullement caractéristique de la lithiase), il ne devra pas s'attendre à leur trouver des caractères aussi nets et aussi précis que dans la lithiase aseptique.

Et s'il est vrai que, dans la lithiase aseptique, nous devons toujours demander à la radiographie la confirmation de notre diagnostic, ou une plus grande précision en ce qui concerne le volume et même le siège du calcul, la nécessité de recourir à ce précieux moyen d'investigation s'affirme encore plus dans les formes infectées, les symptômes étant ici moins précis et moins caractéristiques.

REVUE CLINIQUE

Un cas de gangrène diabétique, par M. le Dr Rathery, professeur agrégé à la Faculté, médecin des Hôpitaux (Hôpital Beaujon).

La gangrène diabétique est une complication des plus fréquentes du diabète. C'est une complication très grave, mais non fatalement mortelle, car elle peut se terminer parfois par la guérison. J'ai eu l'occasion d'observer une forme de gangrène intéressante à divers points de vue ; elle a évolué en deux périodes : dans une première période, la malade a eu une gangrène du pied traitée chirurgicalement et guérie ; puis, dans une deuxième période, elle a présenté une rechute de sa gangrène, au niveau du pied du côté opposé. Voici l'histoire de cette malade :

C'est une femme âgée de soixante et un ans, qui a été mariée deux fois ; il n'y a dans ses antécédents ni fausse couche, ni syphilis, ni éthylisme ; il n'y a pas trace, non plus, de maladie infectueuse.

La maladie actuelle a débuté, il y a deux ans, par des douleurs au membre inférieur gauche. Ces douleurs, surtout accusées au gros orteil, s'étendaient à tout le pied, à la cheville, et remontaient jusqu'au mollet : c'étaient des douleurs très violentes, continues, avec exacerbations. En outre, la malade éprouvait des sensations de fourmillement, d'engourdissement et de refroidissement du membre, et elle boitait un peu. Il n'y avait pas de claudication intermittente.

Ces symptômes évoluèrent lentement et durèrent environ six mois. Pendant ce temps, la malade, qui avait continuellement soif, buvait au moins deux litres de tisane par jour, et cette tisane était très sucrée.

Au bout de ces six mois, une petite tache noire apparut au niveau d'un des orteils ; rapidement, cette petite tache augmenta d'étendue, tout le pied prit une teinte violacée, et au bout de trois ou quatre jours, cette coloration remonta sur la jambe et presque jusqu'au genou, sous forme de traînées noirâtres. En même temps, la malade vit apparaître au niveau de la plante du pied une bulle qui ne tarda pas à se remplir de sérosité et qui s'ouvrit bientôt, laissant écouler un liquide séro-sanguinolent ; à l'hôpital, où elle entra en ce moment, on lui fit des incisions multiples pour permettre à ce liquide de s'évacuer, mais comme la situation empirait, la patiente entra dans un service de chirurgie.

A ce moment, le chirurgien constata que la gangrène ne s'était pas accrue en surface ; elle avait eu tendance à se limiter en se creusant. On voyait alors une vaste ulcération au niveau du pied avec une coloration noirâtre du gros orteil, celui-ci était à nu et on pouvait voir l'os.

L'analyse des urines fut faite et montra qu'il y avait 50 grammes de sucre au litre. Pendant vingt-quatre à quarante-huit heures, on appliqua des pansements humides sur la lésion, puis, la gangrène s'étant limitée, le chirurgien fit une opération et enleva la partie externe du pied, le gros orteil, une grande étendue de la partie interne du pied ; la cicatrisation se fit bien, et, trois semaines après, la malade quitta l'hôpital.

Telle est la première phase de l'affection présentée par notre malade.

La gangrène diabétique peut siéger au niveau de points multiples : aux mains, c'est très rare, mais il y a des cas de maladie de Raynaud qui sont d'origine diabétique, à la langue, à la verge, aux poumons, en un point quelconque de l'abdomen. Je me rappelle le cas d'une femme soignée dans le service de M. le professeur Debove, qui présentait une petite plaque noire sur le ventre ; elle avait badigeonné la région à la teinture d'iode, l'analyse des urines montra qu'elles contenaient du sucre ; en quarante-huit heures, il se fit un sphacèle généralisé de la paroi abdominale, et deux jours après la malade mourait. Le siège de prédilection est le membre inférieur. Cette gangrène du membre inférieur se produit en général non pas chez les diabétiques graves, qui présentent beaucoup de sucre dans les urines, mais plus souvent chez les diabétiques légers, ceux qui, en se traitant, voient leur sucre diminuer.

Le début peut se faire de deux façons : ou bien il est lent, progressif comme chez notre malade, et se traduit d'abord par des fourmillements, de l'engourdissement du membre, des crampes et ce qu'on a appelé la *claudication intermittente :* ce symptôme consiste en ceci que, le malade étant en train de marcher, brusquement il est pris d'impotence fonctionnelle, il a une contracture de tout un membre inférieur, il est obligé de s'arrêter ; puis, au bout d'un certain temps, le membre reprend sa souplesse, le malade peut remarcher ; ces symptômes du début peuvent durer assez longtemps, six mois même, comme dans le cas qui fait l'objet de cette leçon.

Dans une autre catégorie de faits, le début est plus brusque, c'est un malade qui, étant trop serré dans sa chaussure, ou voulant se couper un cor, par exemple, s'est écorché ; une petite plaque noirâtre apparaît au niveau de l'écorchure ; cette plaque ne tarde pas à s'étendre en surface, envahit les orteils, la plante du pied, tout le pied, et l'on voit en quatre à six jours des traînées noirâtres remonter sur la jambe, la cuisse. Il a des formes foudroyantes, comme en présentait un cas ce malade qui, s'étant écorché, présentait une teinte livide d'un orteil ; quarante-huit heures après, l'orteil était noir ; tout le pied, la jambe avaient la même coloration noire. Donc quelquefois l'allure de la gangrène diabétique est extrêmement rapide.

Dans la forme à début lent et progressif, l'évolution est différente ; après la phase de douleurs et de fourmillements, le malade constate une tache au niveau de l'orteil ; celui-ci se prend en totalité et revêt un aspect parcheminé, l'évolution est lente, il y a peu de tendance à l'extension ; il se fait une sorte de momification, un sillon d'élimination se forme, l'escarre tombe, et la cicatrisation s'opère. Il faut savoir cependant que cette forme lente peut, à un moment donné, évoluer comme la précédente, c'est-à-dire qu'il peut se former une bulle qui se remplit de sérosité et qui, en s'ouvrant, donne lieu à l'écoulement d'un liquide ichoreux, séro-sanguinolent. Ces deux formes répondent à ce que l'on décrit sous les noms de *gangrène sèche* et *gangrène humide*. La gangrène sèche peut exister dans le diabète, mais habituellement elle devient humide ; quelquefois, elle est humide d'emblée ; chez notre malade, la gangrène, d'abord sèche, est devenue humide, c'est un cas de *gangrène mixte*.

Le fait intéressant chez cette malade, c'est que le sphacèle se soit limité et qu'il ait évolué en creusant en profondeur, et non en s'étendant en surface. Chez elle, les accidents ont rétrocédé, ce qui est exceptionnel, alors que le traitement ne semble pas avoir été très énergique.

D'une façon générale, en présence de cas comme ceux-là, ne comptez pas trop sur la guérison, bien qu'elle puisse se produire parfois.

Pathogénie. — La gangrène sèche est une forme de gangrène par artérite ; il y a de l'artérite chronique des vaisseaux, et celle-ci provoque l'occlusion des vaisseaux ; lorsqu'on cherche à sentir la pédieuse, la tibiale postérieure ou la poplitée, on ne sent pas leurs battements.

Vous savez combien est fréquente la sclérose des vaisseaux ; le diabète agit comme cause sclérosante. Ce qui chez les diabétiques prédis-

pose à l'artérite, au sphacèle, c'est l'état des tissus mal nourris, imprégnés de sucre ; expérimentalement, on a démontré que dans les solutions sucrées le staphylocoque acquiert une virulence toute spéciale. Les tissus du diabétique étant peu résistants s'infectent facilement, il se fait une liquéfaction des tissus, et ainsi se réalise cette forme de gangrène mixte, la plus fréquente dans le diabète.

Traitement. — La première chose à faire est de voir si le malade a une gangrène sèche ou humide ; si la gangrène est sèche, il faut entourer le membre d'ouate et attendre ; si la gangrène se limite, en se servant de moyens légers, en n'employant pas d'antiseptiques forts, avec de la ouate et de l'air chaud, on peut attendre l'élimination de l'escarre et sa cicatrisation. Si l'on se trouve en présence d'une gangrène humide, on ne devra pas user d'antiseptiques forts ; s'il y a infection secondaire, on fera des pansements humides, qu'on changera souvent. Si, au bout de vingt-quatre heures, la gangrène tend à s'étendre, il faut avoir recours à l'opération chirurgicale. Si, au contraire, la gangrène a tendance à se limiter, on pourra la traiter médicalement, mais il ne faut pas attendre trop longtemps ; en vingt-quatre, trente-six heures, les lésions peuvent s'aggraver subitement et l'opération devenir nécessaire.

Il existe donc deux méthodes principales de traitement : l'*air chaud* et l'*amputation*.

Avec l'air chaud, on cherche à carboniser les tissus, à limiter la gangrène. Ce n'est qu'au niveau des tissus sphacélés qu'on ne peut pas espérer la *restitutio ad integrum*, partout ailleurs, autour des tissus mortifiés, la réparation peut s'obtenir à l'aide des douches d'air chaud à des températures de 600 à 800 degrés.

Si, au moyen de l'air chaud, on n'arrive pas à limiter la gangrène, on aura recours à l'opération chirurgicale. On a aussi proposé les bains d'air chaud à basse température (80 degrés) pour tâcher de rétablir la circulation ; mais ces bains d'air chaud ne réussissent que si on a appliqué au préalable les douches d'air chaud à 600 ou 800 degrés.

On a signalé d'assez nombreux cas de guérison ; malheureusement, il y a des cas où l'infection s'est produite quand même ; il faut alors avoir recours à l'amputation.

Je dois dire que, dans ces conditions, l'amputation donne de mauvais résultats : le sphacèle reprend au niveau de la plaie opératoire. Il faut faire l'amputation *très haut*.

On ne doit employer de méthode conservatrice que lorsque la gangrène s'est limitée en un point, comme chez notre malade. Pour une gangrène du pied, il est fréquent qu'on soit obligé de faire l'amputation à la partie moyenne de la cuisse.

Donc, en résumé, il faut commencer par envelopper le membre d'ouate, et tout de suite employer le traitement par l'air chaud ; très rapidement, si la gangrène ne se limite pas, il convient d'opérer chirurgicalement.

Voyons maintenant quelle a été la deuxième phase de l'affection chez notre malade.

Lorsqu'on a opéré ces malades, et même auparavant, il faut leur faire suivre un traitement diététique pour tâcher de diminuer le sucre ; il faut voir, si on ne trouve pas la réaction de Gerhardt, et prescrire un régime restreint au point de vue des hydrates de carbone. Or, notre malade n'a suivi aucun régime, elle a continué son alimentation ordinaire ; aussi il y a deux ou trois semaines, elle a été reprise d'accidents, de phénomènes douloureux, brûlures, picotements au niveau de l'autre membre inférieur, exactement la même chose que ce qu'elle avait éprouvé auparavant du côté gauche ; le gros orteil et le second orteil étaient gros et douloureux. C'est alors que la malade rentra de nouveau en chirurgie, où je l'ai vue accidentellement. Je constatai que le second orteil était gros, de teinte rougeâtre. La pédieuse battait, mais si faiblement que ses battements étaient à peine perceptibles. Il n'y avait pas la moindre tache noirâtre, ni livide.

La densité des urines était élevée (1030), elles contenaient 20 à 25 grammes de sucre par litre. Je vis la malade, il y a deux semaines, je la soumis à un régime de féculents restreint ; le sucre baissa et les accidents du côté du pied avaient tendance à diminuer. Elle a encore des douleurs violentes à son orteil.

Quelle conduite tenir ? Il y a récidive du côté opposé. Je dois dire que du côté gauche la plaie est parfaite, la cicatrisation s'est maintenue, il n'y a pas de récidive locale. Il faut faire un traitement général et un traitement local.

Traitement général. — Il faut que cette malade suive un régime sévère, on ne doit pas la priver complètement d'hydrates de carbone ; mais, puisqu'il s'agit d'un diabète bénin, il faut restreindre l'absorption des féculents, il faut rechercher le coefficient d'assimilation personnelle et soumettre la malade à un régime approprié. Si elle veut suivre fidèlement son régime, on peut espérer que le sphacèle ne se produira pas ; il faudra également donner à cette malade de l'iodure de potassium à faibles doses pendant longtemps, comme on en donne au cas d'artérite chronique ; on donnera de l'iodure quinze à vingt jours par mois.

Traitement local. — Jusqu'ici, on s'est borné à faire à cette femme des enveloppements ouatés exclusifs ; j'aurais voulu appliquer le traitement par l'air chaud, mais c'est un traitement très coûteux.

Donc, si c'est possible, il faut faire à cette malade le traitement par l'air chaud à basse température, et, avec le régime et l'iodure de pottassium, on peut espérer que la gangrène ne se reproduira pas.

CARNET DU PRATICIEN

Blépharite ciliaire

Compresses 3 fois par jour pendant 10 minutes chaque fois avec l'acétate d'alumine à 3 0/0 ; puis tous les deux jours appliquer la pommade :

Acide salicylique..............	0 gr. 30
Oxyde de zinc..................	1 gramme
Vaseline........................	5 —
Lanoline........................	5 —

Dysménorrhée

1. *Mélange contre les douleurs pré-menstruelles.*

Codéine.........................	0 gr. 05
Chloral.........................	1 gramme
Bromure d'ammonium..........	1 —
Eau camphrée...................	30 —

A prendre une fois en se couchant.

2. *Lavement pour calmer les douleurs menstruelles.*

Laudanum de Sydenham...	XX gouttes
Extrait de valériane.........	2 grammes
Assa fœtida.....................	4 —
Jaune d'œuf.....................	N° 1
Décoction de guimauve.....	100 grammes

Pour rendre les appareils plâtrés légers

M. Vogel se sert d'un plâtre rendu poreux par l'incorporation du mélange suivant :

Gomme arabique...............	10 grammes
Amidon...........................	20 —
Craie blanche finement pulvérisée........................	20 grammes
Sulfate d'alumine.............	60 —

On ajoute une partie de ce mélange à cinq parties de plâtre déjà délayé dans l'eau.

Oreillons

I. — *Oreillons sans complication.*

1° Garder l'enfant isolé à la chambre, nourri de lait et d'aliments légers.

2° Faire des onctions sur les régions parotidiennes avec le liniment suivant :

Baume tranquille............	50 grammes
Huile de camomille camphrée	50 —

Appliquer une épaisse couche d'ouate par-dessus.

3° Trois fois par jour, injection d'eau boriquée saturée chaude, dans les oreilles.

4° Deux ou trois fois par jour, dans chaque narine, on mettra, gros comme un pois, de la pommade suivante :

Menthol.........................	0 gr. 35
Acide borique..................	2 grammes
Vaseline.........................	25 —

Faire gargariser ou faire des lavages fréquemment dans la journée, avec la liqueur de Labarraque au 1/50e, additionnée d'une demi-cuillerée à café d'eau de Botot.

On usera encore d'eau thymolée à 5 0/0, d'une solution de phénosalyl à 1/1000.

5° Le soir une cuillerée à dessert du sirop suivant, dans une petite tasse de tilleul :

Sirop de chloral.............	30 grammes
— de fleur d'oranger.....	30 —

A répéter dans la nuit si l'enfant est agité.

6° Quand le gonflement a disparu, un purgatif :

Huile de ricin	10 à 20 grammes
Sirop d'orgeat...........	10 à 20 grammes

7° Bain et désinfection.

II. — *Oreillons avec otalgie violente.*

1° Faire une application sur la région parotidienne, de la préparation suivante, recouverte d'une flanelle et de taffetas chiffon :

Chloroforme..............	2 à 4 grammes
Laudanum de Sydenham..	6 —
Baume tranquille........	20 —
Huile de camomille camph.	20 —
— de jusquiame........	20 —

A appliquer chaude et à renouveler 2 ou 3 fois par 24 heures.

III. — *Oreillons avec déterminations diverses : ovarienne, mammaire, testiculaire:*

1° Mettre l'enfant au lit, jusqu'à la chute de la fièvre.

2° Donner le purgatif 6° de I.

3° Donner contre la poussée fébrile :

Sulfate de quinine.....	0 gr. 10 à 0 gr. 20
Pyramidon.............	0 gr. 20 à 0 gr. 40

en un cachet, ou, si l'enfant ne sait pas l'avaler, dans un peu de café noir, le matin et les jours suivants, aussi longtemps que la fièvre durera.

4° Sur la région parotidienne, compresses de tarlatane, trempées dans de l'eau boriquée, saturée, puis exprimées, recouvertes de taffetas gommé.

5° Contre l'agitation, donner le soir le sirop comme pour un I, ou, si l'enfant ne peut avaler, un lavement de lait tiède, additionné d'une cuillerée à café ou à dessert de sirop de chloral.

6° S'il y a hyperthermie, bains tièdes, graduellement refroidis, comme dans la fièvre typhoïde.

7° Toutes les deux heures, une tasse de lait (surtout s'il y a albuminurie), puis bouillons, potages légers, œufs, crèmes, etc., et retour progressif à l'alimentation, à mesure que tous les symptômes disparaissent.

8° S'il y a des déterminations testiculaires, envelopper les bourses de compresses humides.

9° Contre l'ovarite, vessie de glace pilée. Contre la localisation mammaire, légère compression ouatée.

E. Périer.

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 17.500 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 33, rue J.-J. Rousseau

Le Gérant : Docteur Lucien-Graux.

VILLES DE SAISON

CE QUI SE PASSE

A l'Académie.

Demande d'autorisation pour la source Georgillet, à Évian.

— Demandes d'autorisation pour l'importation des eaux des sources « Narzan », d'Essentouki n° 17 et n° 20 », et de « Bataline », ainsi que de la source « Catherine de Borjon » (Russie). — (Commission des eaux minérales).

Contrexéville

Mme la grande duchesse Wladimir de Russie, sœur de l'empereur Alexandre III, est arrivée à Contrexéville pour faire sa cure habituelle.

— Le Concours hippique de Contrexéville, subventionné par le ministère de l'Agriculture et par le Conseil général des Vosges, aura lieu les 8 et 9 juillet au stand du tir aux pigeons. 7.000 francs de prix seront distribués dont 5.000 francs offerts par la Société des Eaux minérales de Contrexéville.

V.-E.-M. 1911. — Le Onzième Voyage d'Etudes Médicales aura lieu du 28 août au 11 septembre 1911, sous la présidence effective du professeur Landouzy.

Il comprendra les stations du sud-est de la France, visitées dans l'ordre suivant : Vals, Montmirail, Balaruc-les-Bains, Lamalou, Alet, La Fon-Saint-Paul-de-Fenouillet, Prats-de-Mollo, La Preste, Amélie-les-Bains, Le Boulon, Banyuls-sur-Mer, Molitg, Le Vernet, Thuès, Mont-Louis, Font-Romeu, Les Escaldes, Ax-les-Thermes, Ussat, Aulus, Salies-du-Salat.

Réduction de moitié prix sur tous les chemins de fer pour se rendre de son lieu de résidence, au point de concentration Lyon.

Les médecins étrangers bénéficient de cette réduction à partir de la gare d'accès sur le territoire français.

Même réduction est accordée, à la fin de la tournée, au point de dislocation : Toulouse, pour retourner à la gare qui a servi de point de départ.

De Lyon à Toulouse, prix à forfait : 350 francs pour tous les frais : chemins de fer (1re classe), voitures, hôtels, nourriture, transport des bagages, pourboires.

Pour les inscriptions et renseignements, s'adresser au Dr Carron de la Carrière, 2, rue Lincoln, ou au Dr Jouaust, 4, rue Frédéric-Bastiat, Paris.

ÉCHOS

Clinicat.

Un concours pour les emplois vacants de chef de clinique s'ouvrira à la Faculté de Médecine de Paris, le lundi 10 juillet 1911, à 9 heures du matin.

Sont mises au concours les places suivantes :

Clinicat médical : 3 places de chef de clinique titulaire et 5 places de chef de clinique adjoint.

Clinicat chirurgical : 2 places de chef de clinique titulaire et 2 places de chef de clinique adjoint.

Clinicat des maladies mentales : 1 place de chef de clinique titulaire et 1 place de chef de clinique adjoint.

Clinicat des maladies cutanées et syphilitiques : 1 place de chef de clinique titulaire et 1 place de chef de clinique adjoint.

Clinicat des maladies nerveuses : 1 place de chef de clinique titulaire et 2 places de chef de clinique adjoint.

Clinicat ophtalmologique : 1 place de chef de clinique titulaire et 1 place de chef de clinique adjoint.

Clinicat des maladies des voies urinaires : 1 place de chef de clinique titulaire.

Clinicat médical infantile : 1 place de chef de clinique titulaire et 2 places de chef de clinique adjoint.

Clinicat chirurgical infantile : 1 place de chef de clinique titulaire et 1 place de chef de clinique adjoint.

Clinicat gynécologique : 1 place de chef de clinique titulaire et 1 place de chef de clinique adjoint.

Clinicat thérapeutique : 1 place de chef de clinique titulaire et 1 place de chef de clinique adjoint.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté jusqu'au vendredi 30 juin inclusivement. Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur. (Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours, de midi à 3 heures).

Sont admis à concourir : Tous les docteurs en médecine français. Il n'y a pas de limite d'âge.

Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin, chirurgien ou accoucheur des hôpitaux, de prosecteur ou d'aide d'anatomie.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

Un Congrès des Accidents du Travail à Marseille

Un Comité d'initiative vient de se créer, à Marseille, pour l'organisation d'un Congrès des accidents du travail. Ce Congrès fonctionnera d'après un plan entièrement nouveau ; il s'efforcera de réunir, en des assises purement nationales, les représentants des ouvriers et ceux des Compagnies d'assurances ou patrons s'assurant eux-mêmes. Des magistrats et des médecins les assisteront. Ainsi, les diverses questions concernant les intérêts corporatifs des patrons et des ouvriers pourront être examinés et discutés devant un public qui réunira toutes les compétences. Le Comité d'initiative, qui a déjà tenu des réunions intéressantes, a fait appel aux organisations patronales et ouvrières.

Il se compose actuellement de MM. Giraud, premier président à Aix ; Chanson, président du Tribunal civil de Marseille ; Brousse, procureur de la République à Marseille ; Camatte et Rabaud, vice-présidents au Tribunal ; Marcy, juge ; Brunet, juge de paix ; les docteurs Léon Dubert, Oddo, Dufour, Chavernac, Vial ; de MM. Buoc, avocat ; Vidal-Naquet, avoué ; Berry et Degage, assureurs, et de MM. Pons, Gay et Rouzoul, délégués de l'Union des Syndicats ouvriers (Bourse du travail).

Grande Médaille d'Architecture privée.

La Société Centrale des Architectes Français, fondée en 1840, est la plus ancienne de nos Sociétés.

Elle décerne chaque année, en séance solennelle, sa plus haute récompense, sa *grande Médaille*, destinée à récompenser l'œuvre d'ensemble *d'Architecture privée* d'un architecte français, en dehors de toutes les œuvres ayant un caractère officiel, commandées par l'Etat ou les Villes.

Cette année le choix de la Société s'est fixé sur l'œuvre d'ensemble de M. Augustin Rey.

En dehors des travaux très importants de M. Rey sur les questions d'hygiène et de beauté des villes, où il a toujours été l'initiateur d'idées nouvelles, en dehors de sa participation considérable aux Congrès internationaux, c'est à ses nombreux travaux d'architecture privée que cette récompense s'adresse.

Ses Hôtels particuliers, ses Villas, ses Asiles, ses Maisons du Peuple, ses Eglises un peu partout, ont toujours attiré l'attention sur la pureté des lignes, la finesse des détails et la sagesse des conceptions.

Une de ses dernières œuvres, est l'Hôtel du sympathique représentant de la Hongrie à Paris, M. de Navay de Foldeak, dont la demeure est un véritable bijou d'architecture.

Les rengagements des médecins de réserve.

Notre excellent confrère et ami le Dr Granjux, vient de publier dans le *Bulletin médical*, un très intéressant article que nos confrères, médecins de réserve, liront avec plaisir.

« Lorsque le médecin de réserve est arrivé au terme des années de service militaire imposées par la loi, son Directeur du service de santé lui demande s'il consent à demeurer quand même dans les rangs du corps de santé. C'est, en somme, un *rengagement* qu'on lui propose ; rengagement que nous allons envisager au double point de vue des intérêts de l'armée et de ceux des médecins civils.

1° *L'armée a-t-elle intérêt aux rengagements des médecins de réserve.*

Pour résoudre cette question, il suffit de savoir si la loi de recrutement fournit ou non, par son jeu régulier, un nombre de médecins de réserve suffisant pour assurer l'exécution du service médical en cas de mobilisation.

La réponse n'est pas douteuse ; chacun sait que le ministre de la Guerre se trouve — faute de personnel technique — dans l'obligation de se décharger, à la mobilisation, d'une partie du service de santé en le confiant à la Croix-Rouge, qui doit fournir elle-même ses médecins. Et ceux-ci ne peuvent être pris que parmi les citoyens ayant satisfait à toutes les obligations de la loi de recrutement. Or, si le ministre refuse de se dessaisir d'un seul des médecins de réserve qui lui appartiennent encore, c'est qu'il en manque même pour assurer le fonctionnement des fonctions sanitaires qui demeurent à sa charge. Et il ne pourra assurer ce fonctionnement que grâce au *rengagement des médecins de réserve qui est une nécessité pour l'armée.*

2° *Que faire pour obtenir le rengagement des médecins de réserve ?*

Alors que pour obtenir un rengagement, il est de règle d'offrir des avantages que l'on fait miroiter plus ou moins habilement devant les yeux des personnes sollicitées, au médecin de réserve, en échange du nouveau sacrifice qu'on lui demande, *on n'offre rien*, pas même le satisfecit bien connu qui est accordé « pour soins médicaux gratuits à la gendarmerie ».

Et ceci éclaire le point suivant :

3° *Le médecin de réserve a-t-il intérêt à rengager?*

Matériellement, il contracte des charges nouvelles sans aucune compensation.

Moralement, et professionnellement, il ne perd rien, car d'une part, les Sociétés de la Croix-Rouge le sollicitent d'entrer dans leurs rangs, et, d'autre part, à la mobilisation, il y aura toujours une place pour les médecins de bonne volonté.

Donc, *actuellement, le médecin de réserve n'a aucun intérêt à rengager.*

4° Des propositions précédentes, il ressort ceci, avec une évidence qui s'impose : *le ministre de la Guerre a intérêt à prendre des mesures de nature à décider les médecins de réserve à rengager.*

5° Conuenisia yàe. uiides primes, decins on ne peut songer au système des hommes du avantages administratifs réservés auxvaer de gare troupe ou aux sous-officiers. Pour tentée, il ne der nos confrères dans les rangs de l'armtleur espfaut compter que sur leur patriotisme et , duéne rit de corps. C'est donc dans cette voie qu'il faudrait s'engager tandis que, jusqu'ici, on lui a tourné le dos.

Par là, nous voulons dire que l'on fait dans l'armée, au médecinV s m-séi ede,sr—rion inférieure, à celle des autres officiers de réserve. Nos confrères ont beau assister aux manœuvresetsuivre des conférences, faire des périodes, ils ne sortent pas du grade d'aide-major, et leur situation militaire finit par être humiliante pour leur situation civile et leurs cheveux plus ou moins grisonnants. Beaucoup d'entre eux, qui resteraient volontiers dans le service de santé, le quittent parce qu'ils y tiennent une place qui les diminue.

Ainsi nous sommes convaincu que si l'on veut — ainsi que le demande l'intérêt de l'armée, c'est-à-dire du pays — amener au rengagement les médecins militaires de réserve, deux mesures s'imposent :

a) *Améliorer leur mode d'avancement ;*

b) *Nommer d'office, s'il rengage, tout médecin de réserve proposé pour le grade supérieur.*

A adjer en l'ét. PERE, not. à Paris, 30 Juin 1911, à 2 h. M. à p. 100.000f S'ad. à Paris: Mes Mutel et Chaffotte, not., av. Sabot et Perr, not., 9, pl. Pts-Pères, dép.c.ch.

REVUE FINANCIÈRE

Une fois encore nos pronostics ont été exacts et le relèvement très vif des valeurs mexicaines a été très fructueux pour ceux de nos lecteurs qui ont suivi nos conseils.

L'horizon s'éclaircit et il est à espérer une période de beaux jours en Bourse. Toutefois, il faut constater que, pendant les fêtes du couronnement, le marché anglais restera très morne : de vraies vacances.

L'Union parisienne qui vient de monter semble bonne à prendre en ce moment avec les très gros bénéfices que vont lui laisser les émissions en cours.

A. S. WEIL.

82e Année (Série XIIIe) — N° 100 Le Numéro : 25 Centimes Mercredi 28 Juin 1911

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
9, Rue Denis-Poisson, PARIS
TÉLÉPHONE : 573-40

ABONNEMENTS :
Paris et Départements. 10 fr.
Union postale......... 15 fr.
Edition Espagnole.... 10 fr.
Edition Portugaise.... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

ÉCHOS

Ministère de l'Intérieur.

Il est constitué, auprès du ministre de l'Intérieur, un Comité technique de l'éclairage naturel et artificiel, chargé notamment :

1° D'étudier, en se plaçant au point de vue de l'hygiène oculaire et de l'hygiène générale, les divers modes d'éclairage artificiel actuellement en usage ;

2° De déterminer la composition et la qualité hygiénique des différentes lumières artificielles et, pour les lumières par combustion, les gaz nuisibles et la chaleur développée ;

3° De fixer la quantité minimum de lumière artificielle compatible avec le fonctionnement normal de l'organe de la vision ;

4° De rechercher les moyens les plus pratiques de mesurer l'intensité lumineuse ;

5° D'établir les règles d'application les meilleures, pour chaque catégorie des principaux milieux de travail, des modes d'éclairage artificiel actuellement usités ;

6° De présenter au ministre un rapport sur les rapports de la myopie et de la cécité et sur les moyens les plus propres à prévenir les causes de la myopie.

Ce Comité est composé de MM. les docteurs Gariel, vice-président du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, ingénieur en chef des ponts et chaussées, membre de l'Académie de médecine, professeur de physique à la Faculté de médecine, président ; Broca, professeur agrégé de physique à la Faculté de médecine ; Chevallereau, médecin en chef des Quinze-Vingts ; Cosse, oculiste en chef des hôpitaux de Tours, secrétaire général du syndicat des oculistes français ; MM. Delage, chef de laboratoire de la Société française d'incandescence par le gaz ; Lamiraud, inspecteur de l'Académie de Paris ; les docteurs Murax, médecin ophtalmologiste des hôpitaux de Paris ; Motais, professeur de clinique ophtalmologique, membre correspondant de l'Académie de médecine, président du syndicat général des oculistes français ; MM. Seguin, ingénieur des arts et manufactures, inspecteur départemental du travail ; de Tavernier, ingénieur en chef des ponts et chaussées, directeur de la compagnie électrique du secteur de la rive gauche.

Le Comité doit présenter au ministre de l'Intérieur, tous les trois mois, un exposé succint de ses travaux et, à la fin de l'année, son rapport définitif et ses conclusions.

Syndicat des Médecins de la Seine et des communes limitrophes.

Ordre du jour voté par le Conseil d'administration du Syndicat des Médecins de la Seine le 19 juin 1911.

Le Conseil d'administration du Syndicat des Médecins de la Seine, douloureusement ému de la mort de son ancien président le docteur Guinard, victime du devoir médical, convaincu que le deuil de la famille est partagé par le corps médical tout entier, charge son Bureau de transmettre à Mme Guinard l'expression unanime de ses sentiments de condoléance.

Le Conseil d'administration du Syndicat des Médecins de la Seine décide d'ouvrir une souscription pour l'érection d'un monument à leur regretté confrère et de convier l'Union des Syndicats médicaux de France, l'Association générale des Médecins de France, la Société des Médecins et des Chirurgiens des hôpitaux, les Sociétés d'arrondissement et toutes les Sociétés médicales de s'associer à ce grand mouvement de piété et de solidarité confraternelles.

Association Française de Chirurgie. 24e Congrès Français de Chirurgie (27 octobre 1911).

Le 24e Congrès de l'Association Française de Chirurgie s'ouvrira à Paris, à la Faculté de Médecine, le lundi 2 octobre 1911, sous la présidence de M. Paul Segond, membre de l'Académie de Médecine, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris, chirurgien de l'hospice de la Salpêtrière.

Les questions suivantes ont été mises à l'ordre du jour du Congrès :

1° Diagnostic et traitement de l'appendicite chronique ;

Rapporteurs : MM. Silhol (de Marseille) et Walther (de Paris).

2° Traitement des péritonites aiguës ;

Rapporteurs : MM. Hartmann (de Paris) et Témoin (de Bourges).

3° Traitement sanglant des fractures fermées ;

Rapporteurs : MM. Alglave (de Paris) et Bérard (de Lyon).

MM. les membres de l'Association sont priés d'envoyer, avant le 30 juillet, le titre et les conclusions de leurs communications à M. le Dr Walther, secrétaire général, 68, rue de Bellechasse, à Paris (7e).

Des salles particulières seront mises à la disposition de MM. les membres de l'Association pour l'exposition des documents divers, pièces anatomiques photographies, radiographies, dessins, etc., relatifs à leurs communications ou à la discussion des questions mises à l'ordre du jour.

Pendant la durée du Congrès, une Exposition d'instruments de chirurgie, d'électricité médicale, d'objets de pansements, etc., sera installée dans le grand vestibule de la Faculté de Médecine.

Pour tous renseignements concernant le Congrès, s'adresser au secrétaire général.

Association française d'hygiène dentaire.

L'Association française d'hygiène dentaire, récemment fondée, a élu son bureau de la façon suivante :

Président : M. Jean (Francis), président de la Fédération dentaire nationale, professeur à l'école dentaire de Paris ;

Vice-présidents : M. le docteur Siffre, directeur de l'école odontotechnique de Paris ; M. Grimaud, professeur à l'école odontotechnique ; Mme Perseil, directrice de l'école normale de Melun ; M. Richard ;

Secrétaire général technique : M. Pailliottin, professeur suppléant à l'école dentaire de Paris ;

Secrétaire général administratif : M. A. Harrent.

Trésorier : M. Richaume, chef des travaux pratiques à l'école odontotechinque ;

Secrétaire des séances : M. R. Kern, chef de clinique à l'école odontotechnique.

Membres du Conseil d'administration :

Professionnels : MM. André (Georges), le docteur Bonin (de Dijon), le docteur Coeylas, Fabret (de Nice), Jordanis, Robine ; non professionnels : M. Antoine, Mme Claudon, MM. Dufour, Gonin, Leclabaut, Le Page, Lévy (Lucien), Périlhou, Quillet.

Les adhésions doivent être adressées à M. A. Harrent, secrétaire général administratif, 3, rue Cavallotti, Paris.

Les ovaires et la distribution des sexes.

M. Jules Lussier (*Soc. Méd. de Montréal*), avec 3.800 accouchées, observées depuis quarante ans, a constaté que, dans 90 0/0 des cas, les femmes qui ont l'habitude de se coucher dans le décubitus latéral gauche ont des garçons, tandis que celles qui se couchent sur le côté droit ont des filles. — L'explication, c'est que les ovaires gauches émettent les ovules mâles et les ovaires droits les ovules femelles. De plus, à chaque période menstruelle, la femme pond alternativement des ovules mâles et femelles.

Coma diabétique

GUÉRI PAR LES INJECTIONS INTRAVEINEUSES DE BICARBONATE DE SOUDE

Par MM. Marcel LABBÉ et Pierre CARRIÉ

Tous les médecins admettent aujourd'hui que le coma diabétique est en rapport avec une intoxication acide de l'organisme. Assurément, le mécanisme de cette acidose n'est pas encore bien déterminé ; M. Lépine, M. Hugounenq, MM. Labbé et Violle ont montré qu'il faut tenir compte non seulement de la quantité mais aussi de la qualité des acides retenus dans l'organisme, tous n'ayant pas au même degré la fonction comatigène. Il n'en est pas moins vrai que la conception énoncée et développée par les médecins de l'Ecole de Strasbourg a fait faire un progrès considérable à la question du coma diabétique et a fourni des bases précises à la thérapeutique de cette redoutable complication.

A l'intoxication acide du coma diabétique, on a opposé le traitement par les alcalins à haute dose, afin de neutraliser les acides dans les tissus.

Lorsque le coma n'en est qu'à la phase prémonitoire, lorsque l'acidose ne se traduit encore que par de la somnolence, des vertiges, de la céphalée, des troubles respiratoires, la guérison est assez facilement obtenue, pourvu que l'on emploie le bicarbonate de soude, non plus avec timidité, comme on le faisait autrefois, mais à doses élevées.

Mais quand le malade est déjà plongé dans le coma, la guérison est beaucoup plus difficile ; le bilan des cas heureux n'est pas encore très chargé. A la clinique de Naunyn, cinq guérisons ont été signalées chez des enfants. Grube et Magnus Lévy ont vu un adulte guérir d'un coma bien caractérisé par ingestion de bicarbonate de soude. Hesse a guéri un diabétique qui était depuis une heure dans le coma. Besson a ramené à la connaissance un diabétique plongé dans le coma.

Mais ce sont là des cas exceptionnels ; le coma diabétique est encore considéré comme presque toujours fatal ; M. Lépine n'a obtenu que des améliorations passagères, et M. Sicard, dans un article récent, regarde le traitement comme illusoire.

Nous avons eu l'occasion de faire sortir, à deux reprises, du coma confirmé, grâce à des injections intraveineuses de bicarbonate de soude, une diabétique qui est encore en vie aujourd'hui, plus de cinq mois après. Il ne s'agit donc pas d'une simple rémission, comme en produisent parfois les alcalins, mais d'une véritable guérison du coma ; d'ailleurs, cela n'empêche point la malade d'être encore exposée à l'intoxication acide et de pouvoir, à l'occasion d'une infection ou d'un traumatisme tomber à nouveau dans le coma.

Ces résultats heureux étant encore très rares, il nous paraît intéressant de relater l'observation de notre malade.

Mme L... entre à la maison Dubois, dans le service du Dr Auvray, le 16 novembre 1910, pour une cystite. Comme elle est en même temps atteinte de diabète, on nous demande aussitôt d'aller la voir.

C'est une femme de soixante-cinq ans, qui appartient à une famille de diabétiques. Son père, obèse et diabétique, est mort, à l'âge de cinquante ans, d'une gangrène du pied. Sa mère était morte, à vingt-trois ans, de tuberculose pulmonaire. Un de ses frère est obèse et diabétique ; un autre est mort, à cinquante ans, d'une affection hépatique ; une sœur est diabétique.

La malade a eu sept enfants : cinq sont vivants et bien portants ; l'un est mort à trente ans, de tuberculose pulmonaire ; l'autre, à trois ans, de méningite tuberculeuse.

Mme L... a toujours joui d'une bonne santé ; elle était douée d'un gros appétit et est devenue légèrement obèse. A l'âge de cinquante-cinq ans, elle fut avertie, par une polydipsie intense, qu'elle était diabétique. Mais elle ne s'est jamais soignée sérieusement.

C'est en mai 1910 que débuta la cystite pour laquelle aujourd'hui elle entre à la maison de santé.

Dès les premiers jours, on constate qu'elle rend 110 grammes de glycose par vingt-quatre heures et que ses urines offrent une réaction de Gerhardt notable. On la met au régime lacté (2 litres par jour) et on lui fait prendre 40 grammes de bicarbonate de soude par jour.

En même temps, elle prend de l'urotropine et on lui fait des lavages vésicaux.

Malgré les soins, sa cystite s'aggrave et se complique de pyélonéphrite ; la température s'élève : le 25 novembre, elle atteint 40 degrés.

Le 28 novembre, à la suite d'un nouvel accès de fièvre accompagné de frissons, la malade tombe dans un état très grave : elle est somnolente, répond mal aux questions qu'on lui pose ; il faut lui parler très fort, lui secouer le bras pour obtenir une réponse brève et vague. Elle est en imminence de coma.

Le 29 novembre, l'état s'est encore aggravé. Il est impossible d'obtenir une réponse de la malade, très difficile de lui faire avaler quelques gorgées de liquide, impossible de lui faire prendre du bicarbonate de soude.

Les urines, qui sont tombées de 3 lit. 100 à 2 lit. 400, présentent une réaction de Gerhardt très intense. En somme, la malade est plongée dans le coma. Nous lui faisons faire une injection intraveineuse de bicarbonate de soude, mais nous la quittons convaincus que le traitement n'enrayera pas l'évolution du coma.

On injecte dans la journée 500 centimètres cubes d'une solution de bicarbonate de soude à 3 p. 100 ; et comme, à la suite de cette injection, elle se trouve un peu moins mal, on en profite pour lui faire ingérer, dans de l'eau de Vichy et de l'infusion de chiendent, 60 grammes de bicarbonate de soude.

Le lendemain, 30 novembre, nous constatons une notable amélioration ; la malade est éveillée, répond aux questions ; la diurèse s'est élevée à 3 lit. 500. On fait une seconde injection de 500 centimètres cubes de la solution de bicarbonate de soude à 3 p. 100 ; on fait prendre 60 grammes de bicarbonate par le tube digestif.

Le 1er décembre, un frisson suivi d'un accès de fièvre avec température à 39°6 se reproduit. Abattement, mais lucidité et pas de somnolence.

Traitement ; injection intraveineuse de la solution de bicarbonate de soude, 500 centimètres cubes ; ingestion, 80 grammes.

Le 2 décembre, la fièvre a cessé, la malade reste abattue. Urines, 3 litres. Même traitement.

Le 3 décembre. Pas de fièvre. Abattement ; urines, 2 lit. 400. Même traitement.

Le 4 décembre. Pas de fièvre. Abattement. Urines, 3 litres. On ne fait pas d'injection intraveineuse ; la malade prend seulement à l'intérieur 15 à 20 grammes de bicarbonate de soude.

Le 5 décembre. L'état général est de nouveau très grave. La malade, qui somnolait depuis la veille au soir, est inerte et ne répond plus aux questions. Elle est dans le coma pour la seconde fois et nous faisons encore un pronostic fatal. Urines, 2 litres. Nous lui faisons injecter 1 litre de la solution bicarbonate à 3 p. 100, et elle ingère en outre 20 grammes de bicarbonate.

La réaction de Gerhardt, qui était très intense le matin, diminue notablement dans les urines recueillies après l'injection intraveineuse.

Le 6 décembre. La malade est sortie du coma, mais encore somnolente. On fait une injection intraveineuse de 600 centimètres cubes de la solution bicarbonatée et l'on fait prendre 20 grammes de bicarbonate par la bouche.

Le 7 décembre. Amélioration considérable. La somnolence a disparu. Urines, 2 lit. 500. On fait prendre 20 grammes de bicarbonate de soude par la bouche.

Les jours suivants, l'amélioration se poursuit. La cystite s'amende. La température oscille entre 37 et 38 degrés. Les urines tombent à 1.500 et même à 1.000 centimètres cubes. La glycosurie oscille entre 70 et 90 grammes par jour avec un régime apportant environ 70 grammes d'hydrates de carbone. La réaction de Gerhardt, quoique moins intense qu'auparavant, est toujours positive. Le dosage de l'acétone par la méthode d'Argenson indique environ 2 grammes par jour. La malade continue à prendre 10 à 20 grammes d'un mélange de bicarbonate et de citrate de soude par jour. L'alimentation se fait un peu mieux.

Le 28 décembre, la malade a repris des forces et les menaces de coma diabétique se sont évanouies. Elle peut sortir de l'hôpital.

Le 15 mai, cinq mois après ces accidents comateux, Mme L... est dans un état de santé très satisfaisant. Grâce au régime que nous lui avons indiqué, la glycosurie a presque disparu, la cystite s'est amendée, il n'y a pas de menaces de coma.

Voilà un cas de coma par acidose survenu, comme cela est fréquent, à l'occasion d'une infection chez le diabétique.

Dans ce cas, nous avons pu à deux reprises faire sortir la malade du coma par des injections intraveineuses de bicarbonate de soude. Celles-ci n'ont pas été faites à haute dose : 15 grammes de bicarbonate dans le premier cas, 30 grammes dans le second ont suffi pour empêcher la mort. Elles nous ont paru beaucoup plus actives que des doses équivalentes de bicarbonate données par la bouche ; et il semble même que la seconde attaque de coma ait été provoquée par la cessation prématurée des injections intraveineuses, malgré que l'on eut continué l'ingestion du sel alcalin.

En voyant un si beau résultat obtenu à si peu de frais, on peut se demander pourquoi la guérison du coma diabétique par les alcalins n'est pas plus fréquente. — Il y a à cela plusieurs raisons: C'est d'abord que l'on emploie souvent des quantités insuffisantes de bicarbonate de soude ; les doses de 20 à 40 grammes par jour, qui peuvent donner des succès à la période prémonitoire du coma, sont inefficaces quand le coma est confirmé ; comme l'a montré Magnus Lévy, il faut alors des doses de 100 à 150 grammes pour saturer les acides.

Or, de pareilles quantités sont pratiquement impossibles à faire absorber à un diabétique dans le coma ; il boit difficilement, ou bien il vomit, ou encore il a une diarrhée abondante qui ne permet pas l'absorption intestinale du bicarbonate. Malgré tous les efforts, on n'arrive souvent pas à lui faire absorber plus de 20 grammes de bicarbonate. J'ai presque toujours vu les lavements alcalins très mal supportés. Il n'y a donc que la voie intraveineuse qui puisse être utilisée.

Mais les injections sont souvent difficiles à pratiquer ; tantôt les veines sont peu apparentes et l'on ne peut y faire pénétrer l'aiguille ; il faut alors dénuder la veine, ce qui représente une véritable petite opération ; tantôt l'aiguille se déplace sous l'influence d'un mouvement intempestif et l'injection qui avait bien commencé s'arrête ; tantôt, enfin, le malade ou son entourage refusent l'injection intraveineuse ou ne l'acceptent qu'à une période trop tardive.

Ce sont pourtant les injections alcalines intravasculaires qui représentent le traitement le plus efficace de l'acidose diabétique. A la phase prémonitoire du coma, elles nous ont donné des résultats beaucoup plus rapides et plus décisifs que les injections par le tube digestif ; dans le coma confirmé, nous avons toujours échoué jusqu'ici quand nous avons fait prendre le bicarbonate de soude par la bouche ; tandis que nous avons obtenu un succès dans le seul cas où nous ayons employé à temps l'injection intraveineuse.

Injecté dans le sang, le bicarbonate n'a pas besoin d'être employé à doses aussi élevées ; dans l'observation que nous avons rapportée, il a suffi de 15 grammes de bicarbonate introduits dans le sang associés à 60 grammes de bicarbonate ingérés par la bouche pour amener la cessation du coma ; au moment de la récidive, la guérison a été obtenue avec une injection de 30 grammes et une ingestion de 20 grammes seulement de bicarbonate.

Le traitement doit être prolongé ; ce n'est qu'au bout de plusieurs jours que l'organisme peut se débarrasser des acides qui l'intoxiquent et qui sont la cause du coma ; Magnus Lévy recommande de ne cesser le traitement alcalin intensif que quand l'urine est devenu alcaline. Bien que nous eussions fait, pendant cinq jours déjà, des injections de bicarbonate et qu'il n'y eût plus aucun symptôme inquiétant, nous avons cru pouvoir attribuer à la cessation prématurée des injections intraveineuses la rechute observée chez notre malade.

Les hésitations du médecin qui ne commence pas assez tôt le traitement ou qui n'use pas de doses assez élevées sont une des raisons des échecs. C'est que rien n'est plus difficile que de surprendre la menace de coma chez un diabétique. L'un de nous a rapporté deux observations qui prouvent la difficulté de reconnaître les signes prémonitoires du coma ; et M. Lépine a publié une observation caractéristique, dans laquelle les retards apportés au traitement ont laissé le coma se développer et emporter le malade.

On croit trop souvent, en présence de la légèreté des indices, que le coma n'est pas à redouter prochainement ; chez un diabétique en état d'acidose, on constate seulement un peu de fatigue ou de somnolence, quelques vertiges, de la céphalée, des vomissements insolites, ou encore une respiration suspirieuse, et l'on a peine à suspecter l'imminence du coma, d'autant plus que ces symptômes se présentent ordinairement isolés. Et cependant, quelques heures après la visite du médecin, le diabétique tombe brutalement dans le coma et meurt sans qu'on ait eu le temps d'intervenir. On a beau être prévenu, on a beau avoir observé soi-même des faits de ce genre, stupéfiants par leur rapidité, on hésite toujours à faire le diagnostic du coma prochain. Pourtant, il faut savoir le faire chez des diabétiques en état d'acidose qui ne présentent qu'un seul symptôme insolite, quelque léger qu'il soit. C'est à ce moment que le traitement alcalin, surtout par les injections intraveineuses, aura chance de réussir. Comme M. Lépine, nous croyons qu'il ne faut pas hésiter à pratiquer une injection intraveineuse alcaline dès qu'apparaît un symptôme inquiétant chez un diabétique dont les urines montrent la présence de corps acétoniques. A agir vite dans cette occurence, on a tout à gagner et rien à perdre.

L'Aliénation mentale cause de Divorce [1]

(SUITE DE NOTRE ENQUÊTE)

XXIII

Nous recevons l'appréciation ci-jointe qu'a bien voulu nous transmettre M. le Docteur H. Damaye, médecin de l'Asile de Bailleul (Nord).

Bailleul, le 7 mai 1911.

Le divorce, chaque fois qu'il est demandé, est certainement un fait regrettable ; il doit être un pis-aller. Mais la complexité de la vie moderne et des considérations d'ordre social ou scientifique démontrent la nécessité de son institution, dans la Société actuelle.

La psychiatrie a d'étroits rapports avec la question du divorce car, même en dehors des asiles, dans le monde, dans la vie libre, le trouble mental n'est-il pas, dans beaucoup de cas, l'origine des conflits ! Ces états légers de déséquilibre mental, l'hystérie, apportent le trouble dans une famille, créent le dissentiment entre conjoints. D'où la nécessité, pour qui veut assurer la paix de son foyer et l'intégrité de sa race, d'éviter l'union avec un sujet qui présente une tare mentale ou névropathique presque toujours néfaste pour la descendance. Mais si ces tares ou des troubles mentaux plus graves ne se dévoilent qu'après le mariage, alors nous apparaît l'utilité du divorce comme institution susceptible de rendre la paix à la famille et de sauvegarder l'avenir de la race.

D'ailleurs, le mariage joue parfois le rôle de cause occasionnelle dans l'apparition d'une affection mentale. Les premiers rapports sexuels provoquent, dans quelques cas, une inflammation des voies génitales (vaginite, métrite du col), cause toxique suffisante pour révéler, chez des femmes prédisposées, l'aptitude mentale pathologique demeurée latente jusqu'alors.

En ce qui concerne les aliénés internés, les malades incurables des asiles, il est pénible évidemment de sacrifier leur intérêt. Mais il est non moins dur de condamner au célibat le conjoint sain qui aurait le désir de contracter un nouveau mariage. Au point de vue naturel, il est logique et licite, pour ce conjoint sain, de défendre sa race et de rechercher une autre union capable de la conserver dans les meilleures conditions possibles.

Trois années nous paraissent suffisantes pour permettre de se prononcer sur l'incurabilité d'un aliéné interné. Nous avons déjà observé des améliorations appréciables plus tardives, mais elles ne sont pas la règle. Après trois ans de trouble mental, les rémissions qui peuvent se produire sont bien rarement assez complètes ou assez durables pour permettre au malade le retour à l'existence normale.

En tout cas, après une affection mentale de cette durée, la vie matrimoniale ne peut être reprise sans graves dangers pour la descendance ultérieure Par l'application de la loi, des épileptiques, des délirants conscients se verront priver de foyer, mais ces sujets, qui n'auraient point dû se marier, ne seront privés de leur foyer que d'une façon toute virtuelle, étant donnée leur incurabilité.

Nous pensons, avec le législateur, que certaines affections « organiques » doivent rester en dehors de la question du divorce. Les paralysies générales, qui évoluent, la plupart du temps, en trois, quatre, cinq ou six ans, pour se terminer par la mort; ne nécessitent pas l'intervention de la loi du divorce.

Le médecin-expert devra donc certifier que la maladie est incurable et en outre qu'elle est de nature à comporter une survie de longue durée. Les vésanies dites « constitutionnelles » sont celles qui réalisent surtout ces deux conditions. L'expert devra tenir grand compte de l'état physique de son malade.

Beaucoup de vésanies par intoxication, sont causées et entretenues par la maladie d'un organe autre que le cerveau (tuberculose pulmonaire, par exemple), maladie qui peut amener parfois rapidement la démence *organique* et la mort, ou bien emporter elle-même le sujet. Dans ces cas, une marche présumée rapide doit faire écarter la question du divorce.

Donc évolution chronique avec incurabilité de nature à ne pas compromettre la vie : telle est la formule qui résume les conditions requises pour l'application de la loi. Le médecin-expert devra, par conséquent, se livrer à un examen mental et *physique* complet de son malade.

Toutes les affections cérébrales organiques ou médullaires (hémiplégies, tabès, etc.), même avec affaiblissement intellectuel, qui ne nécessitent pas l'internement doivent aussi demeurer en dehors de cette loi.

Le législateur agit sagement encore en écartant de la question les *troubles mentaux de la vieillesse*. Nous employons cette expression générale et non pas celle de démence sénile car les vieillards peuvent être atteints de toutes les affections mentales. Au delà d'un certain âge, 55 ans par exemple, les raisons sociales relatives à la vie sexuelle et à la préservation de la race ne subsistent plus guère. L'humanité commande alors de ne pas favoriser l'abandon des conjoints.

---

(1) Voir numéro du 1er mars de la *Gazette médicale de Paris* contenant la Proposition de loi de M. Maurice Viollette, député, ainsi que les numéros suivants concernant le début de notre enquête et les réponses reçues.

de ne pas aider l'époux ou l'épouse à se soustraire à ces devoirs d'assistance.

Evidemment, l'avis d'au moins deux et même trois médecins sera nécessaire dans les expertises de cette gravité, afin d'assurer plus de garanties et de partager la responsabilité. (Parmi ces trois médecins : celui qui aura suivi la maladie, observé le malade le plus longtemps, et un autre médecin spécialisé dans l'aliénation mentale étranger à l'établissement où le sujet est interné.) Mais quelles que soient les dispositions légales, ici comme dans les questions d'internement, ce seront toujours les certificats médicaux qui serviront de base aux jugements.

Nous approuvons MM. Fillassier et Juquelier d'avoir provoqué la mise à l'ordre du jour de cette importante réforme, et nous croyons que le projet de M. Viollette comporte une amélioration réelle de notre état social, en ce qui concerne les aliénés.

Dr H. Damaye.

XXIV

M. le Docteur I. Salgo, agrégé de l'Université de Budapest, membre de la Société clinique de médecine mentale, nous adresse l'avis ci-dessous :

Budapest, 10 mai 1911.

Monsieur le Directeur,

En vous remerciant de l'honneur que vous me faites de me demander mon avis sur l'article de M. Viollette et le divorce à cause de folie, j'ai l'honneur de vous adresser les quelques observations ci-jointes.

La société moderne devient de jour en jour moins sentimentale au point de vue du mariage. L'appréciation du mariage se détourne de plus en plus de son intention religieuse ainsi que de sa valeur morale, pour s'approcher exclusivement de son importance sociale. On ne voit dans le mariage qu'un traité civil pour l'accomplissement mutuel des droits et des devoirs. Nous constatons seulement le fait, sans en faire la critique.

De ce point de vue il est incontestable, que le traité du mariage, comme toute autre convention, sous certaines conditions pourra et devra être annulé. Je tiens à établir, que justement à cause des sentiments du cœur et de tout l'être moral, qui font part du contrat conjugal, à cause des charges lourdes, qu'il impose à l'un et à l'autre, je voudrais faciliter le divorce et en augmenter les possibilités.

Mais selon mon opinion une maladie quelconque ne doit pas figurer comme cause de divorce, excepté les maladies, qui par leur infectuosité menacent gravement l'intégrité de l'époux ou de l'épouse valide, comme la syphilis, ou lesquelles, acquisées par la faute du malade même, compromettent la sûreté personnelle, la vie ou l'honneur de, l'autre, comme par exemple l'alcoolisme. Parce qu'il est sûr que personne n'entre pas en mariage en prévoyant de pouvoir être lésé dans sa santé, sa vie ou son honneur par la faute de l'autre.

Mais les raisons mêmes du projet de loi de M. Viollette démontrent tous les défauts des dispositions d'une pareille loi, qui, dans son exécution blesse profondément autant le sens du droit que l'expérience aliéniste.

Le plus grand défaut de ce projet de loi est la demande même de l'incurabilité de l'aliénation mentale comme cause du divorce, une demande qui du reste s'entend de soi-même. Parce que la définition de l'incurabilité selon le projet de M. Viollette n'entre pas dans le sens pathologique, mais reste sur la surface de la *durée* de la maladie. Il est vrai que ni la psychiatrie, ni toute la science médicale n'a des indices incontestables vraiment pathologiques de l'incurabilité. Tous les médecins aussi bien que les aliénistes connaissent des guérisons imprévues et après une durée tout à fait invraisemblable. Et comme je connais moi-même des guérisons complètes des psychoses après une durée de 7 et même de 11 ans, chaque aliéniste de grande expérience en connaît aussi. Et il est facile à comprendre que le divorce en des cas pareils serait de la plus grande injustice et inhumanité. On pourrait dire que, dans les cas mentionnés de guérison tardive la demande de divorce ne se serait pas imposée, même si la loi l'avait permis, et qu'ainsi l'injustice et l'inhumanité n'aurait pas eu lieu. Mais nous connaissons assez bien toutes les diverses circonstances et les cas imprévus, qui imposent la demande du divorce à l'époux sain ou à l'épouse saine. La demande du divorce très souvent n'est en aucune relation ni à l'incurabilité de la maladie mentale ni à l'internement du malade, mais à des hasards et des accidents auxquels le médecin doit donner seulement le titre et le prétexte en vertu de son expérience jamais assez complète.

Mais M. Viollette diminue lui-même la force de son projet en concédant des exceptions, comme celle de la *démence sénile* « dont aucune constitution ne peut se flatter d'être indemne et elle rentre bien aussi au même titre que la maladie dans le risque conjugal ». Et comme M. Viollette concède bien « qu'il serait désastreux que la démence sénile put devenir un cas de divorce », qu'est-ce qu'il croit de l'aliénation dont la grossesse et l'accouchement est le moment ætiologique et qui est devenu incurable, et de la paralysie générale comme effet d'un surmenage psychique continué dans l'intérêt de la famille, dans l'ambition de gagner le pain quotidien ou une plus grande fortune toujours pour les siens? Est-ce que ces malades méritent au surplus le divorce, parce qu'ils ont perdu leur personnalité justement en conséquence des lourds devoirs du mariage?

Il ne touche qu'à ces quelques motifs contre le projet de M. Viollette. Il y a encore un grand nombre, que je ne pourrais épuiser sans passer la mesure et sans trop ennuyer vos lecteurs. Seulement un petit mot encore.

Dans l'intérêt même des médecins aliénistes et dans celui de la psychiatrie je ne considère désirable, que le médecin expert fonctionne en qualité de juge. Son expertise dans les cas du divorce à cause d'aliénation mentale *incurable* serait certainement juridiction, parce que le juge ne peut pas avoir là-dessus des idées à lui.

Agréez, Monsieur le Directeur, l'expression de mes sentiments les plus distingués.

Dr I. Salgo.

Agrégé de l'Université de Budapest,
Membre de la Société clinique de médecine mentale.

XXV

Nous recevons de M. le Docteur Boulenger, médecin à la colonie de Lierneux, (Belgique), la communication ci-dessous :

Lierneux, le 8 mai 1911.

Très honoré Confrère,

Vous voulez bien me demander mon avis sur « l'aliénation mentale » cause de Divorce.

Certes, je pense que M. Viollette a raison d'introduire dans la loi française cette cause, facultative s'entend, de divorce

Nous, médecins d'asiles ou de colonies d'aliénés, nous voyons trop de ces victimes de l'hérédité de parents aliénés. Car, c'est bien ce à quoi il faut aussi songer, au sujet des divorces, c'est que l'aliéné peut procréer des enfants, lors d'une sortie en congé ou à l'essai dans sa famille. Car, pour autoriser ces sorties, il ne faut nullement que l'aliéné soit guéri, il suffit que l'aliéné ne soit plus dangereux au point de vue social ou plutôt pénal du mot. Cependant, il reste un danger pour la race humaine, il peut procréer facilement avec sa femme un être taré. Certains médecins et sociologues ont préconisé même, pour ces cas la castration. Il paraît qu'aux Etats-Unis, certains Etats l'ont permise dans cette circonstance. Mais, en attendant que nos esprits moins progressifs ou plus timorés aient entouré cette mesure de prophylaxie, ne faudrait-il pas autoriser le divorce. La femme ou le mari ne seraient plus tentés de céder à un mouvement de passion, vis-à-vis de l'ex-conjoint, vu qu'ils en seraient séparés définitivement et sans doute remariés. La nation qui autorise le divorce en cas d'aliénation mentale, fait à mon sens une sage mesure de prophylaxie pour la race humaine dont elle est une fraction.

Les paralytiques généraux des alcooliques chroniques sont dans ce cas. Ils menacent la race de déchéance et de tares profondes nouvelles dans leurs descendants. Lorsqu'on sait ce que coûte une descendance anormale à une nation, on doit se dire que cette prophylaxie est nécessaire.

Mais, dira-t-on, le conjoint doit ses soins, son dévouement à celui des deux qui est tombé malade. Et, vous médecins, vous déclarez que l'aliénation mentale est une maladie.

Certes, mais malheureusement dans 80 o/o des cas, c'est une maladie incurable. Toutefois on peut admettre que 20 o/o de ces cas incurables sont améliorables assez pour pouvoir vivre encore dans leur famille. Il reste donc 60 o/o des aliénés qui sont incurables totalement. Ils ne sont pas de simples impotents ou infirmes, ils sont des débris humains, source de dangers incessants pour les leurs et la preuve, c'est qu'on les confine dans des asiles ou des colonies sous une surveillance étroite.

Que peut faire une femme pauvre, dont le mari est un aliéné incurable? Elle doit élever des enfants en bas-âge, elle doit gagner sa vie.

Où va-t-elle pouvoir s'occuper? Elle va devoir priver de la vie familiale ses pauvres enfants et les mettre dans un refuge quelconque. N'est-il pas plus sage d'autoriser la malheureuse à demander le divorce et à se remarier pour pouvoir élever ses enfants?

Dans le cas opposé, si c'est la mère qui est aliénée, le mari ne peut plus compter sur elle pour l'éducation des enfants, pour les soins du ménage, il devra ou bien placer ses enfants et abandonner l'espoir légitime qu'il avait de les élever dans son « home ». S'il peut se divorcer par contre, il pourra éventuellement se remarier et avoir une bonne ménagère pour élever ses enfants.

Il est certain que précisément à cause des considérations médicales de plus hauts le divorce par démence sénile, sera moins utile.

D'abord en ces cas le danger de procréation d'anormaux n'existe plus. Ensuite, les enfants sont à même de se suffire à eux-mêmes et puis aussi le conjoint est arrivé à un âge où les passions ne sont plus normales et physiologiques. Donc, ce divorce est au moins superflu.

Beaucoup de personnes sont hostiles au divorce, par un reste de préjugé purement religieux. Cette hostilité n'est pas raisonnée ou pas raisonnable.

Le divorce est évidemment un progrès sur l'indissolubilité du mariage. C'est un moyen de défense pour le conjoint offensé et c'est un moyen de préservation de la société et de la race contre la procréation de dégénérés.

Donc, non seulement dans l'intérêt purement égoïste d'un des conjoints, mais aussi dans l'intérêt de la société, de la nation et de la race, il faut permettre le divorce en cas d'aliénation mentale. Nos descendants le rendront peut-être obligatoire, d'autres y ajouteront la prophylaxie par la castration.

Sans doute, il est brutal de parler ainsi des choses sacrées de l'amour. Mais le chirurgien ne s'occupe pas non plus de sentimentalité lorsqu'il opère et que ce soit un joli bébé ou un rude ouvrier, il enlève sans vergogne la partie malade qui fait courir un danger à tout l'organisme.

- Le divorce enlèvera aussi à la famille un être dangereux pour elle, lorsqu'il est aliéné.

D'ailleurs, le divorce empêchera-t-il que l'on s'occupe de l'aliéné, qu'on lui envoie au besoin des douceurs, des secours en argent? Que non pas. Et même, le conjoint étant moins embarrassé par des soucis pécuniaires pourra se permettre les aides et secours.

Si M. Viollette peut puiser dans ces quelques lignes quelques considérations utiles, j'en serai très heureux, car je crois sa proposition excellente.

Agréez, très honoré confrère, l'assurance de mes sentiments bien sincères.

Dr Boulenger.
Médecin à la Colonie de Lierneux (Belgique).

XXVI

Nous recevons de M. le Docteur Camille Vaulbert de l'Asile d'Aliénés de Bassens, près Chambéry (Savoie) l'avis ci-joint :

Bassens, le 8 *mai* 1911.

Le Directeur de l'Asile public d'aliénés de Bassens à Monsieur le Dr Lucien Graux, directeur de la *Gazette médicale de Paris*.

Vous me faites l'honneur de me demander mon avis sur le projet de loi « L'aliénation mentale et le divorce » déposé par M. Viollette à la Chambre des députés. Le voici en deux mots :

Sans entrer dans les considérations générales qui ont décidé les législateurs de 1886 à adopter le divorce, sans essayer de démontrer par son application depuis cette époque que cette loi est une des plus morales et des plus bienfaisantes de la troisième République, permettez-moi, en maintenant le débat sur le terrain où il doit rester placé, d'ajouter un nouvel argument à ceux que M. Viollette a présentés avec autant de force que de logique.

Parmi ceux-là il en est un, à mon sens, irréfutable et qui, à lui seul, suffira pour faire triompher la loi. C'est l'argument que j'appellerai — vous verrez tout à l'heure pourquoi — l'argument psychique ou individuel : Si la personnalité humaine est basée sur les deux idées de liberté et de responsabilité, si en d'autres termes la personnalité se pose dans l'acte volontaire et libre accompli sous la seule responsabilité de l'agent l'aliéné, qui n'est ni libre ni responsable — les décisions des tribunaux à l'égard des aliénés criminels en font foi — voit nécessairement disparaître sa personnalité. Et quoi ! l'art. 180 du Code civil prononce la nullité du mariage d'après l'erreur dans la personne et l'on pourrait laisser subsister le mariage lorsque la personne disparaît, s'évanouit, est abolie !

Voici l'argument que je dénomme, par opposition au premier, argument collectif ou social, car il intéresse la formation de la famille, celle de la Société et de la nation.

Une des causes primordiales de l'incurabilité dans l'aliénation mentale — tous les aliénistes sont d'accord sur ce point — c'est l'hérédité. Or, la Société a le devoir de veiller à ce que les membres qui la composent soient sains et forts. Ce serait se faire une idée bien étroite de son rôle que de le borner à la répression des délits et des crimes. Pour remplir ce devoir l'Etat n'intervient-il pas en ce moment même dans un conflit moral en déclarant aux pères de famille que leurs droits sont limités par les droits de l'enfant, qu'il ne leur appartient pas de diviser la Société en Guelfes et en Gibelins; cette intervention de l'Etat ne devra-t-elle pas se produire à plus forte raison au point de vue physiologique, où le doute n'est plus possible? Est-ce que la vie commune ne doit pas être interdite à deux conjoints dont l'un, privé de raison, de personnalité pourrait procréer des êtres marqués d'une tare indélébile, et par ce fait porter la plus funeste atteinte au développement régulier de la famille et partant de la nation?

Telles sont, Monsieur le Directeur, les raisons qui me font approuver le projet de loi de M. le député Viollette.

Je vous prie d'agréer l'expression de mes sentiments les plus élevés.

Camille Vaulbert.

XXVII

M. le Docteur Marchand, médecin en chef de la Maison Nationale de Charenton, nous communique l'étude ci-jointe :

Monsieur et très honoré Confrère,

Je vous remercie de m'avoir envoyé l'intéressant article de M. le député Viollette et de m'avoir demandé mon opinion sur la question du divorce pour cause d'aliénation mentale.

J'admets l'aliénation mentale incurable comme cause de divorce parce que l'époux aliéné interné et dangereux perd sa personnalité, ne jouit plus intégralement de ses droits civils. Il peut être considéré comme mort pour son conjoint.

Je voudrais toutefois que la personne qui demande le divorce ait à établir :

1° Que l'aliénation est incurable;

2° Qu'elle entraîne l'impossibilité de la vie en commun;

3° Qu'elle est continue;

4° Qu'elle a débuté avant l'âge de 50 ans.

Une première difficulté naîtra quand il s'agira de déterminer si la maladie mentale est incurable. Dans certains cas le pronostic peut être établi facilement, mais il en est d'autres où l'aliéniste sera impuissant à élucider le problème. Certains cliniciens admettent comme un fait d'observation l'incurabilité de l'aliénation mentale quand son début remonte à trois ans. Cette limite de trois ans est arbitraire. Il y a des maladies mentales à propos desquelles on peut établir le pronostic d'incurabilité dès la première année et d'autres à propos desquelles ce pronostic ne peut pas être formulé même après de nombreuses années d'internement. J'ai dans mon service de nombreuses malades internées depuis plus de trois ans pour lesquelles je me refuserais à donner un certificat d'incurabilité. Le divorce devrait pouvoir être demandé quand l'aliéné est interné depuis un an au moins et dès que l'affection est reconnue incurable.

Le demandeur devrait établir ensuite que l'affection mentale entraîne l'impossibilité de la vie en commun. Je vois à chaque instant des sujets non guéris, mais inoffensifs qui, pour leur plus grand bien, sont rendus à leur famille. L'incurabilité seule ne me paraît pas suffisante pour autoriser la demande en divorce.

La troisième condition que devrait remplir l'affection mentale serait d'être continuée. Ainsi les psychoses périodiques, affections incurables caractérisées par la répétition chez le même individu d'accès maniaques ou mélancoliques séparés par des périodes de lucidité, ne pourraient rentrer dans les affections mentales susceptibles d'entraîner le divorce. Il n'est pas admissible que l'époux puisse abandonner son conjoint pendant les périodes de lucidité qui sont parfois fort longues.

M. Viollette dit qu'on ne doit pas confondre l'aliénation mentale incurable avec les affections mentales dues à la sénilité, qu'il serait désastreux que la démence sénile pût devenir un cas de divorce. Pour éviter cet inconvénient, il suffirait d'admettre seulement comme cause de divorce les maladies mentales dont le début serait antérieur à l'âge de 50 ans.

Ces divers caractères, que devraient présenter l'affection mentale, se trouveraient exposés non pas dans un simple certificat, mais dans un rapport détaillé demandé au médecin traitant. Une contre-expertise serait établie par un ou plusieurs médecins légistes.

Je vous prie, Monsieur et très honoré Confrère, d'accepter l'expression de mes meilleurs sentiments.

Dr Marchand.
Médecin en chef de la Maison nationale de Charenton.

XXVIII

Paris, le 16 *mai* 1911.

Honoré Confrère,

Je vous adresse sous ce pli un article que j'ai fait l'année dernière sur un sujet qui vous occupe. Puisse-t-il ne pas apporter une note trop discordante pour la discussion qui va venir.

Recevez, très honoré Confrère, l'assurance de mes sentiments distingués.

H. Balland.

L'aliénation mentale peut-elle être une cause de divorce?

Depuis quelques années, on a une tendance à faire intervenir la médecine dans nombre de questions sociales. Certes, ce n'est pas d'aujourd'hui qu'elle prête son concours à la justice, par exemple, pour éclairer les magistrats.

Mais, de nos jours, les agréments et les commodités de la vie ont fait devenir les citoyens exigeants. On veut rendre légaux et obligatoires les moyens d'arriver au bien-être convoité. Et si des obstacles se mettent à la traverse, on serait bien aise de pouvoir disposer de la force publique pour les écarter.

La médecine est bonne fille et se prête volontiers à tout ce qu'on veut d'elle. Or, cette science est en pleine évolution. Elle marche à pas de géants et ses progrès rapides font que ce qui était bon hier est délaissé aujourd'hui. Il en résulte que les lois ne sauraient la suivre ou l'utiliser à tout propos et qu'il faut être très réservé dans son emploi pour résoudre les questions sociales. Pour ma part, je suis d'avis qu'il faut y avoir recours le moins possible, parce qu'il est trop facile d'en abuser. En voici encore un exemple tout nouveau.

Un projet de loi, fortement motivé, va être prochainement déposé pour ajouter aux motifs de divorce celui de l'aliénation mentale dont peut être atteint l'un des conjoints.

Assurément, l'aliéné est, en quelque sorte, un mort-vivant dans une famille et on comprend la situation pénible du conjoint qui se trouve privé, pour toujours, du but même du mariage, quel que soit le point de vue sous lequel est considéré celui-ci. Il est marié sans l'être, surtout quand le malade est interné. La société a-t-elle le droit de le maintenir, sans qu'il l'ait mérité, hors les lois sociales et naturelles? Le lien n'est-il pas rompu par la nature elle-même? — Des écrivains de talents ont soutenu cette thèse, qu'on propose de faire consacrer par le Parlement.

Eh bien ! on ne déplaise aux promoteurs de la nouvelle loi, elle n'est conforme ni à l'équité ni au bien social.

D'abord, une loi ne doit avoir en vue que les faits d'ordre général et non les exceptions. Si bien faite qu'elle soit, il y aura toujours des individualités qui en pâtiront. On connaît l'adage en matière de droit : *Dura lex, sed lex* — la loi est dure, mais c'est la loi. On ne peut en faire pour tous les cas particuliers. C'est pourtant ce que tentent les auteurs du projet en question

Mais ici je les arrête d'un mot : la folie est une *maladie*. Or, la loi dit —, et on en lit le texte à tous les futurs époux au moment opportun :

« Les époux se doivent mutuellement assistance et fidélité. »

Or, s'il est une assistance à laquelle on ne saurait manquer, sans perdre tous ses droits à l'humanité, c'est celle qui concerne l'état de maladie. Un tel abandon de ses devoirs ne doit pas être consacré par une loi. Ce serait contribuer, avec tant d'autres choses, à bannir du mariage le sentiment et l'affection et le réduire à une simple association commerciale ou à un simple accouplement.

Qu'on accorde, si l'on veut, des circonstances atténuantes ou même une excuse légale à la violation de la seconde clause du contrat, signé par devant M. le Maire, lorsque l'un des époux est devenu inapte à remplir une fonction quelconque dans la communauté, passe encore. Mais accorder le divorce,c'est-à-dire annuler une convention solennelle acceptée devant les témoins et l'autorité, parce qu'un des aléas qu'elle comporte, et qui est inévitable un jour ou l'autre, s'est réalisé, est une chose inadmissible.

La maladie, en effet, nous attend tous un jour. Et si on admet le divorce à cause d'elle, il n'y a plus de raison de le refuser pour tous les cas semblables. Par suite, tout infirme, blessé ou malade chronique pourrait être jeté là, comme un ustensile hors d'usage et abandonné à son misérable sort.

Mais il y a plus. L'aliénation mentale comporte des degrés, comme toutes choses. Nombre de ces malades ont une lucidité partielle, soit permanente, soit intermittente. Cette lucidité peut même être parfaite alors que par ailleurs le sujet se livre à des actes qui nécessitent son internement. On en voit qui raisonnent parfaitement sur toutes choses sauf sur une à l'occasion de laquelle ils peuvent être dangereux pour eux-mêmes ou pour autrui, comme il en est aussi qui déraisonnent sur tout excepté sur un sujet donné.

Je me souviens avoir été moi-même, *mis dedans*, comme on dit vulgairement, deux fois, par des aliénées qui étaient venues me demander de faire interner leurs maris devenus soi-disant fous. Les explications étaient on ne peut plus nettes. On m'avait fourni à l'avance le papier timbré pour faire le certificat légal. Je fus mis, avec toutes les précautions voulues, en présence du prétendu aliéné et ce n'est qu'après un long interrogatoire, auquel il ne comprenait rien d'ailleurs, que je dus le reconnaître sain d'esprit. C'est plus tard et indirectement que je fus instruit de ma méprise. C'était la manie spéciale à ces femmes, de vouloir faire interner leurs maris. Et elles y mettaient une logique imperturbable.

Donc, il faudra déterminer des degrés dans l'aliénation mentale et celle-ci en comporte de si variés qu'il sera bien difficile d'en établir les limites.

Et puis, si après le divorce, le malade recouvre la raison? — car il ne faut pas oublier qu'en médecine tout est possible, même l'absurde.

Donc, une demi-lucidité, une intermittence dans la maladie, la guérison possible de celle-ci, mettront le divorcé malgré lui dans une situation lamentable vis-à-vis de tous les siens. Il y aura de quoi le rendre fou furieux, s'il ne l'était auparavant.

L'internement est déjà une cause fréquente de l'aggravation dans la maladie. On comprend, en effet, que l'aliéné, transporté tout à coup dans un milieu autre que le sien, cherche continuellement à en sortir. Son premier mouvement est d'aller à la porte qu'il veut ouvrir, et, devant son insuccès, il s'irrite, ce qui n'est pas fait pour ramener le calme dans son cerveau ébranlé.

Que sera-ce lorsqu'il apprendra qu'il est abandonné pour toujours? Et la jalousie, qui ne perd jamais ses droits, viendra corser encore la situation. Il saura que désormais l'*autre* va faire tout ce qu'il voudra sans qu'il y puisse rien.

Une rupture de contrat ne peut avoir lieu que par l'accord des deux parties ou si l'une d'elles a volontairement négligé de tenir ses engagements. La maladie n'est pas une faute. Cependant, il peut y avoir exception, telle que l'aliénation par suite d'alcoolisme, de morphinisme, et même d'avarie qui aboutit souvent à la paralysie générale, c'est-à-dire à la perte des facultés intellectuelles et morales. On peut jusqu'à un certain point, soutenir qu'elles sont le fait de l'inconduite ou d'une défaillance. Mais encore faudrait-il établir qu'il y a eu faute commise, car nombre de gens sont devenus alcooliques sans le vouloir, par suite des nécessités de leur commerce, ou morphinomanes à la suite d'une maladie qui les a contraints de recourir à ce poison. D'autre part, il y a des avaries imméritées, c'est-à-dire contractées accidentellement par des contacts ordinaires de la vie (ustensiles, nourrissons).

On voit donc que la question n'est pas aussi simple qu'elle le paraît au premier abord. La rupture d'un mariage ne doit pas être prononcée à la légère en raison du dommage considérable qui sera causé à l'un des conjoints, et qui, bien souvent, ne saurait être compensé avec une indemnité, si forte qu'elle soit. Ce n'est pas un contrat ordinaire, surtout lorsqu'il y a des enfants. Il y a là des intérêts moraux qui échappent à toute estimation monétaire.

Dr Balland.

(*A suivre.*)

REVUE DE BIOLOGIE

Sérum des rougeoleux et anticorps syphilitiques, par M. P. Tessier et R. Lutembacher.

La rougeole, capable de modifier « in vivo » les réactions cutanées des tuberculeux vis-à-vis des injections de tuberculine peut modifier également « in vivo » l'action d'autres sensibilisatrices tels que les anticorps syphilitiques.

Observation d'une malade en pleine syphilis secondaire qui contracte la rougeole et dont le sérum pendant les premiers jours de l'éruption donne une réaction de Wassermann négative.

Dans les jours suivants, la réaction redevient progressivement positive; ce fait ne semble pas dû à une disparition des anticorps spécifiques, mais à une propriété empêchante des sérums de rougeoleux.

Le sérum de rougeoleux mélangé à un sérum syphilitique donnant la réaction de Wassermann empêche la réaction dans les premiers jours de l'éruption; quelques jours après, on voit cette propriété empêchante disparaître et de même que les sérums normaux, de scarlatine..., son mélange avec un sérum syphilitique laisse se produire la déviation habituelle.

Cette propriété transitoire persiste souvent deux ou trois jours, mais elle peut être de durée beaucoup plus courte. Elle ne peut pas s'expliquer par l'activité hétéro-hémolysante de ces sérums, variable dans ces diverses affections.

(*Soc. de Biol.*)

Relations entre la stercobiline fécale et l'urobiline urinaire au cours des ictères par rétention.

MM. Marcel Labbé et P. Carrié ont étudié, au cours d'ictères par rétention, les corrélations qui existent entre la stercobiline fécale, l'urobiline urinaire et l'urobiline sanguine. Ils concluent : lorsque l'obstruction est complète et qu'il n'arrive plus de bile dans l'intestin, la stercobiline fait défaut dans les matières fécales et l'urobiline dans l'urine. Lorsque l'obstruction cesse et que la bile arrive dans l'intestin, la stercobiline apparaît dans les fèces et l'urobiline dans l'urine. Si les périodes d'obstruction et de désobstruction se succèdent chez le même malade, on voit chaque fois disparaître, puis réapparaître la stercobiline fécale et l'urobiline urinaire. Si l'on suit l'urobilinurie au déclin de l'ictère, on voit que celle-ci décroît progressivement et finit par disparaître quand le sujet est complètement guéri. La présence ou l'absence d'urobiline dans le sérum sanguin coïncide avec la présence ou l'absence de la stercobiline et de l'urobiline. Sans nier la possibilité de genèses autres de l'urobilinurie, ils se rallient pour l'interprétation de ces faits à la théorie extérogène, classique en Allemagne, suivant laquelle une partie de la stercobiline fécale fait retour au foie, qui la retient lorsqu'il est sain et la laisse passer lorsqu'il est lésé.

(*Soc. de Biol.*)

Recherches sur la cutiréaction à la tuberculine au cours de la rougeole.

MM. P. Teissier et M. Léon Kindberg ont tout d'abord vérifié la loi de von Pirket (disparition de la cutiréaction pendant l'éruption rubéolique). Pour en élucider le mécanisme, ils ont tout d'abord fait des cutiréactions comparatives d'une part avec la tuberculine seule, d'autre part avec un mélange tuberculine plus sérum (de rougeoleux et de provenances diverses), mélange fait dans des conditions variées. Ils ont ensuite recherché l'action d'un sérum de rougeoleux sur la réaction de fixation à la tuberculine. Sans qu'on puisse conclure de façon absolue, il semble que parfois le sérum des rougeoleux puisse affaiblir l'action de la tuberculine.

(*Soc. de Biol.*)

Les centres organostatiques et la dérivation cutanée.

M. Pierre Bonnier, propose le nom d'organostatiques, au lieu de trophiques, pour les centres nerveux qui maintiennent les éléments, les tissus, les organes dans la ligne de différenciation anatomique et d'attribution fonctionnelle qui leur a été assignée. C'est par l'intervention de ces centres qu'agit toute thérapeutique et en particulier la dérivation cutanée. Comme exemples disparates de résultats immédiats obtenus expérimentalement par la sollicitation directe de ces centres, il rapporte des cas de disparition d'emblée de verrues, de rétraction plantaire, de varices, d'érythromélalgie, de lichen et un cas de disparition du signe des orteils chez un sujet atteint de tabes combiné.

(*Soc. de Biol.*)

Ictères hémolytiques avec polyglobulie.

M. Jean Troisier rappelle tout d'abord que l'ictère hémolytique, tel qu'il a été décrit jusqu'ici, s'accompagne d'hypoglobulie. D'après lui il en existe une variété avec polyglobulie. A l'appui de cette assertion, il cite un cas d'hémoglobinurie accompagnée d'ictère hémolysinique dans lequel le sang présentait une polyglobulie très nette. Il rapporte également d'autres faits d'ictère hémolytique par fragilité globulaire coïncidant avec la cyanose et avec une augmentation du nombre des hématies.

D'après l'auteur, il s'agit dans l'hémoglobinurie paroxystique d'ictère et de polyglobulie hémolysiniques. Dans la cyanose, c'est l'état anoxhémique du sang qui est la cause déterminante de l'ictère hémolytique (cyanose ictérigène).

(*Soc. de Biol.*)

Parathyroïdes et acidose, par M. L. Morel.

L'étude de la symptomatologie parathyroprive et les constatations du métabolisme permettent de dire que l'animal (chien) parathyroprive est en état d'acidose. L'acidose est l'aboutissant fatal de la parathyroïdectomie; elle existe dans les cas à réaction hypersténique, et dans les cas sans tétanie. Sa constance implique l'étroitesse de ses relations avec l'état parathyroprive. Les facteurs qui favorisent ou qui entravent le développement de l'acidose, précipitent ou ralentissent l'évolution de l'état parathyroprive vers le terme fatal. La survie moyenne du chien parathyroprive étant de neuf jours; si on augmente l'acidose, on réduit la survie à deux jours ; si on diminue l'acidose, on augmente la survie à vingt jours. Il y a un rapport étroit entre le degré d'acidose et le temps de survie des carnivores parathyroprives.

(*Soc. de Biol.*)

Le taux de la cholestérine dans le liquide céphalo-rachidien normal et pathologique, par MM. A. Chauffard, Guy Laroche et A. Grigaut.

La cholestérine existe dans le liquide céphalo-rachidien normal, mais en proportions très faibles et variant entre 0 gr. 007 et 0 gr. 014. Ces chiffres restent sensiblement les mêmes au cours des différents états morbides et même dans les maladies, s'accompagnant d'hypercholestérinémie. Le liquide céphalo-rachidien se comporte donc au point de vue de la dialyse comme le liquide d'œdème et le liquide amniotique.

Chez les malades atteints de différentes lésions organiques du système nerveux (paralysie générale, tabès, méningite tuberculeuse, démence), le taux de la cholestérine reste également normal ou ne subit qu'une augmentation très minime.

Enfin, dans les hémorragies, méningites, il existe dans les premiers jours une augmentation de la cholestérine rachidienne due à l'introduction du sang.

(Soc. de Biol.)

REVUE D'HYGIÈNE

Les excreta dans les installations militaires, par M. le Dr M. Hublé, médecin principal de l'armée (IIIe Congrès d'assainissement et de salubrité de l'habitation).

Ce très intéressant rapport qui fut très remarqué sera lu avec profit. Il constitue un travail fondamental et documenté qui restera.

L'installation hygiénique des latrines et urinoirs, un système de vidanges exempt de dangers d'infection, sont des conditions fondamentales de l'état salubre dans les habitations militaires.

Dans le plus grand nombre des édifices affectés au logement soit permanent, soit temporaire du soldat, d'importants desiderata relatifs à la collecte et à l'évacuation des excreta, existent toujours.

Il importe, pour la prophylaxie des maladies infectieuses d'origine fécale dans l'armée, de remédier le plus tôt possible à cet état de choses par la transformation ou l'amélioration des installations défectueuses.

Les latrines des casernes et des camps d'instruction, établies suivant les données générales de l'Instruction ministérielle du 30 mai 1907, seront divisées en boxes indépendants d'une largeur intérieure qui ne devra pas être moindre de 90 centimètres.

Elles devront être parfaitement éclairées la nuit autant que possible à l'aide de becs de gaz à incandescence.

Le mode de sièges sera pour position accroupie.

Pour l'appareil de collecte, le choix devra se porter sur des sièges-cuvettes, non en fonte mais en grès-cérame, non surélevés mais plutôt en contre-bas du seuil et présentant une disposition telle que, l'emplacement des pieds du visiteur étant imposé, les excréments et les urines soient forcément dirigés, sans stagnation possible, dans l'orifice de chute.

Sauf dans les cas de fosses fixes ou de tinettes mobiles, les latrines seront à effet d'eau ; les chasses devront être collectives, automatiques et énergiques avec la dépense d'eau minimum. Dans ce cas, les tuyaux de chute seront individuellement siphonnés.

Pour les femmes dans les casernes, pour les malades dans les infirmeries régimentaires et des écoles, enfin dans les hôpitaux, il sera prévu un certain nombre de sièges pour position assise.

Ces sièges, d'une hauteur maximum de 40 centimètres, ne comporteront aucun coffre en bois : les cuvettes, entièrement apparentes, seront en porcelaine ou en grès-cérame, de forme bidet très allongé à l'avant, avec abattant à surface très réduite et ouvert à sa partie antérieure.

Sauf impossibilité créée par le mode de vidange en usage, les cuvettes devront être à chasse collective et automatique, siphonnées et à retenue d'eau.

Les urinoirs devront être à plaque d'ardoise dans les casernes ; ils pourront être à coquille dans les hôpitaux, si l'irrigation en est possible.

Il est indispensable et urgent d'installer ou d'improviser de la façon la plus hygiénique possible, des *latrines* et *urinoirs de nuit* dans toutes les casernes.

Les tinettes métalliques mobiles, cause permanente d'infection, doivent être subies comme un pis-aller transitoire. Elles devront être obligatoirement garnies de substances sèches, pulvérulentes et absorbantes suivant le procédé Goux-Thuasne. Des dispositifs ont été proposés pour réduire les chances d'insalubrité dues aux manutentions journalières. Les tinettes doivent être extraites par l'extérieur.

Dans le cas d'adoption de la *fosse Mouras* ou du *Septic tank*, ces fosses devront être établies en dehors de l'établissement. Les fosses septiques ne seront jamais admises à fonctionner seules, mais comporteront toujours une épuration complémentaire et effective ; celle-ci sera réalisée soit par les champs d'épandage, soit par l'irrigation culturale, soit par les lits bactériens à multiples contacts et à travail intermittent, soit enfin par les filtres à percolation.

Un effluent épuré devra seul être conduit à un cours d'eau ou à la mer.

Il serait prématuré de se prononcer sur la valeur pratique et par conséquent sur l'avenir des fosses septiques appliquées aux établissements militaires.

L'incinération, sur place, des matières fécales dans des appareils assurant tout à la fois la combustion des gaz et la stérilisation des urines à haute température, représente la méthode de choix. C'est l'idéal hygiénique, ce procédé étant le seul à ne pas comporter de dangers d'insalubrité.

Les matières usées de toute nature devraient à notre avis, dans l'avenir, être traitées de cette manière : au moyen d'appareils incinérateurs-stérilisateurs fixes dans tous les hôpitaux sédentaires, d'appareils locomobiles dans les formations sanitaires de campagne et dans les camps temporaires

Voici les vœux de l'auteur :

1. — Que dans les casernes et dans les camps les latrines soient affectées par unité administrative (compagnie, escadron, batterie) et que l'entretien en incombe à cette unité et non au service de semaine ;

II. — Que les bureaux d'hygiène militaires institués par décision ministérielle du 24 décembre 1907 voient leur action, actuellement limitée à l'étude des eaux d'alimentation, s'étendre à toutes les questions d'hygiène des garnisons ;

III. — Qu'en ce qui concerne l'épuration biologique des matières usées, l'autorité militaire s'entende avec les municipalités en vue de réaliser des installations communes, servant à la fois à la population civile et à la population militaire, plutôt que d'établir, dans les casernes et autres établissements militaires, des installations particulières :

IV. — Que les latrines en usage dans l'armée soient pourvues d'un éclairage suffisant, de jour et de nuit, et que la largeur de chaque latrine ne soit pas inférieure à 90 centimètres ;

V. — Qu'il soit constitué des latrines à proximité des champs de tir ;

VI. — Que pour retirer de l'emploi des tinettes mobiles tous les avantages qu'on est en droit d'en attendre, le cahier des charges spécifie nettement :

1° Que les récipients doivent être garnis intérieurement de matières non seulement sèches mais encore pulvérulentes et absorbantes (paille hachée et terre sèche) ;

2° Que leur enlèvement doit se faire avant que les tinettes débordent ;

3° Qu'il est indispensable de procéder à leur désinfection ;

VI bis. — Que d'ailleurs on s'efforce d'assurer l'enlèvement des tinettes par l'extérieur ;

VII. — Que dans les hôpitaux à l'usage de l'armée, le traitement des excreta soit réalisé au moyen d'appareils assurant l'incinération intégrale des matières fécales combinée avec la stérilisation, à haute température, des urines et de tous liquides souillés.

REVUE D'HYDROLOGIE

Annuaire des eaux minérales, stations climatiques et sanatoriums de la France et de l'étranger, édition pour 1911, par le Dr Victor Gardette, de Châtel-Guyon (Maloine).

La nouvelle édition 1911 de l'*Annuaire des Eaux Minérales* (53e année) contient :

Une étude très complète et très précise sur la *Législation des Eaux Minérales en France*, aux Colonies et à l'Étranger ; les renseignements généraux sur le service et le fonctionnement administratif des Eaux minérales au ministère de l'Intérieur ; la liste du personnel chargé de ce service ; celle des membres du Comité consultatif d'hygiène, Commission permanente des stations hydrominérales et climatériques, de la Commission des eaux minérales à l'Académie de médecine, etc. ; la liste des hôpitaux thermaux militaires ; les listes des médecins des stations hydrominérales et climatériques, la France ; la nomenclature générale des stations hydrominérales de la France et des colonies françaises ; le memento de leurs principales indications thérapeutiques ; la nomenclature des stations climatériques et sanatoriums de la France et des colonies françaises ; la nomenclature générale des sanatoriums populaires et payants, maisons de cure et de convalescence, dispensaires, colonies de vacances, hôpitaux marins, thermaux, jardins ouvriers.

REVUE CLINIQUE

La dilatation aiguë de l'estomac, par le Dr Mathieu, médecin des hôpitaux. *(Hôpital Saint-Antoine.)*

C'est un des accidents les plus curieux de la pathologie gastro-intestinale, et dont il est d'autant plus intéressant de reprendre l'histoire qu'on possède actuellement, grâce à une heureuse interprétation des faits, les éléments d'une thérapeutique efficace dans la majorité des cas, qui, jadis, se terminaient souvent par la mort.

La dilatation aiguë de l'estomac se présente sous deux aspects : l'un chirurgical, l'autre médical. Dans le type chirurgical, l'accident est consécutif à une opération portant sur l'abdomen.

Tel est, par exemple, le premier fait, signalé par Borchart :

Quarante-huit heures après avoir subi une néphropexie, le malade offre une distension abdominale accompagnée de sueurs froides, d'un pouls misérable et fuyant, symptômes qui font penser à une péritonite. On pratique la laparotomie et on découvre un estomac colossalement dilaté.

Malgré les lavages, le malade meurt. On cons

tate, à l'autopsie, une dilatation du duodénum accompagnant celle de l'estomac.

Dans un autre fait, rapporté par Rosenthal, il s'agit d'une malade de trente-sept ans qui, cinq jours après une hystérectomie supra-vaginale pour fibro-myome, se plaint de coliques péri-ombilicales, de soif intense, et présente des vomissements verdâtres. On constate la dilatation gastrique.

Les lavages procurent un certain soulagement, mais il survient des vomissements noirs, l'état général s'aggrave, la malade offre le facies hippocratique. On la place dans le décubitus ventral, selon la recommandation de Schnitzler, et cette pratique est suivie d'un tel succès, que le vingt et unième jour la malade quitte l'hôpital complètement guérie.

Cette dilatation aiguë de l'estomac se caractérise donc par un syndrome que l'on peut rapporter, avec Lesenne, à l'occlusion de la partie terminal du duodénum. Elle se reconnaît par la percussion, et par un flot considérable par la succussion hippocratique, et, d'autre part, par des vomissements très abondants, pouvant atteindre six à huit litres de liquide dans la journée.

En même temps, les malades souffrent d'une soif intense, ont des sueurs froides, présentent un état d'angoisse extrême. Le pouls est petit, précipité, filant, intermittent. La mort peut survenir au bout de vingt-quatre ou trente-six heures, quelquefois au bout de deux ou trois jours, ou même davantage ; quelques malades ont survécu jusqu'à treize jours.

L'accident peut éclater immédiatement au cours de l'opération et obliger le chirurgien à l'interrompre, les malades étant menacés de mourir en collapsus.

Outre les symptômes et les signes énumérés précédemment, on constate presque toujours une absence d'émission de gaz et de matières par l'anus, ce qui a fait confondre un certain nombre de dilatations aiguës de l'estomac avec des cas d'occlusion intestinale aiguë. Il faut éviter de faire cette erreur de diagnostic, car le traitement n'est pas le même dans ces deux affections.

Les vomissements sont très fréquents, d'abord bilieux, contenant quelquefois des acides de fermentation, mais pas de HCl. La présence d'acide sulfhydrique y serait constante, d'après Maurice Beauchamp, et ceci expliquerait leur fétidité habituelle.

Il n'est pas rare d'observer de véritables hématémèses. Les vomissements renferment à la fois de la bile et du suc pancréatique, le reflux de ces deux sécrétions n'étant pas empêché par le siège de l'occlusion qui occupe la partie terminale du duodénum et laisse libre l'ampoule de Vater.

On constate généralement une dilatation énorme de l'estomac et du duodénum, cessant brusquement au niveau de l'insertion mésentérique, l'artère mésentérique supérieure constituant une sorte de ligature de la partie correspondante du duodénum. Petit, dans sa thèse (1900), insiste sur le pincement du duodénum entre l'aorte et l'artère mésentérique.

Quel est le mécanisme pathogénique de ces accidents ? Est-ce l'occlusion duodénale, la lésion primitive ? Est-ce, au contraire, la dilatation gastrique ?

Les premiers observateurs tendaient à regarder comme phénomène initial l'occlusion duodénale, qu'ils attribuaient soit au poids de l'intestin, soit à des adhérences, soit à une longueur anormale ou à une ptose de l'intestin et du mésentère. La chute de ces organes et le tiraillement des méso auraient amené un rétrécissement du duodénum. A l'appui de cette théorie, on citait ce fait qu'en tirant sur le mésentère on détermine une constriction du duodénum.

Puis, on a montré que la distension de l'estomac est primitive et suffit pour expliquer l'obstruction duodénale : l'estomac distendu ne peut, en effet, se développer en avant à cause de la résistance de la paroi abdominale (d'autant plus que les malades préparés pour l'opération ont généralement un bandage de corps assez serré), et il pousse en bas en refoulant les organes voisins et en les comprimant.

Reste à savoir la cause de la dilatation stomacale, dans ces cas-là.

On a invoqué tour à tour le shock et l'infection péritonéale. Dans une mémorable séance de la Société de chirurgie, en 1905, on a expliqué ces accidents par une péritonite localisée de la partie supérieure de l'abdomen, amenant une distension paralytique analogue à la distension intestinale des péritonites généralisées. Mais l'absence de forte fièvre semblait inconciliable avec l'idée de péritonite.

L'hypothèse du shock abdominal, soit direct, soit indirect par l'intermédiaire des plexus, a été soutenue par Legueu.

Aucune de ces théories n'a paru entièrement satisfaisante pour divers auteurs, qui ont fait remarquer que la dilatation aiguë de l'estomac, avec phénomènes d'occlusion duodénale, s'est rencontrée, non seulement à la suite d'opérations abdominales, mais aussi après des interventions portant sur de tout autres régions, comme une ablation du sein, une résection du coude, une résection de la hanche, du genou, un grattage de l'astragale !

C'est alors qu'est intervenu le rôle de la narcose chirurgicale. Celle-ci semble en effet jouer, surtout indirectement, un rôle primordial et très important dans la genèse des accidents. On a vu la dilatation aiguë de l'estomac survenir au cours de l'éclampsie traitée par les inhalations de chloroforme. Dans un cas, la malade avait absorbé la dose formidable de 150 grammes de chloroforme. On a donc substitué l'intoxication chloroformique au shock péritonéal dans l'interprétation des phénomènes d'inhibition nerveuse qui, physiologiquement, sont comparables à ce que l'on observe expérimentalement à la suite de la section des deux nerfs vagues chez le chien.

Tout en admettant le rôle du chloroforme ou de l'éther, dans certains cas, on ne doit pas le regarder comme un facteur constant, ni exclusif, puisque la dilatation aiguë de l'estomac survient aussi, comme nous allons le voir, en l'absence de toute intervention des anesthésiques.

C'est Lardennois, de Reims, qui, au Congrès médical de 1909, a attiré pour la première fois l'attention sur le rôle de *l'aérophagie* dans la genèse des accidents de dilatation stomacale aiguë. La même année, une communication analogue était présentée à la Société de Thérapeutique par Paul Tissier. Lardennois rapporte le fait suivant :

Une malade venait de subir, dans d'excellentes conditions, une extirpation d'appendice à froid, lorsqu'elle est prise d'angoisse respiratoire et de douleur abdominale généralisée. La température monte à 38 degrés, le pouls à 130. On constate un ballonnement abdominal considérable. En examinant la malade, on est frappé par l'existence de mouvements continuels de déglutition suivis d'éructations. La pauvre malade, tourmentée par la soif, n'éprouvait de soulagement qu'en déglutissant de l'air d'une façon continue, et il suffit de la faire renoncer à ce tic aérophagique pour voir tous les accidents disparaître rapidement, en quarante-huit heures. — L'auteur rapporte sept observations semblables dans son mémoire. On peut en rapprocher l'observation suivante (Mathieu) :

Il s'agit d'une malade qui avait subi une ablation des annexes. Les suites de l'opération avaient été bonnes, lorsqu'on remarque une émission abondante de gaz par la bouche. La malade se plaint d'une sensation de *barre* autour du creux épigastrique. Elle dit qu'elle est « bloquée ». On note un grand ballonnement dans la région stomacale, puis du météorisme abdominal assez étendu avec tympanisme intense. La malade présente un état sub-syncopal, quelques vomissements bilieux, une langue rôtie. Un lavage de l'estomac ramène une petite quantité de liquide jaune verdâtre. Des régurgitations se produisent toutes les demi-heures. La malade suffoque. Un lavement n'ayant pas donné de résultat, on en est à se demander s'il ne faudra pas pratiquer un anus cæcal. Mais ayant constaté que la malade a des crises d'aérophagie, je fais faire des lavages de l'estomac et conseille de placer un bouchon dans le coin de la bouche de la malade. Au bout de quarante-huit heures, tout est rentré dans l'ordre.

Donc, avec Lardennois, Tissier et Mauban, on peut considérer l'aérophagie comme l'une des principales causes de la dilatation aiguë de l'estomac et de l'occlusion duodénale qui en est la conséquence. La connaissance de ces faits permet de rapprocher le type médical de la dilatation aiguë de l'estomac du type chirurgical, parce que si, dans ce dernier cas, le rôle du shock opératoire de l'anesthésie, etc., reste au moins douteux, celui de l'aérophagie n'intervient pas moins, toutefois, que dans le premier.

La dilatation aiguë de l'estomac s'observe, on le sait, au cours de la tuberculose pulmonaire, de la scarlatine, de la pleurésie purulente, de la fièvre typhoïde, surtout au moment de la convalescence, quand on commence à réalimenter les malades.

Si on admet le rôle de l'aérophagie, il s'ensuit que ces grandes dilatations aiguës de l'estomac auraient le même mécanisme que la dilatation stomacale modérée et passagère qui accompagne toujours l'aérophagie, dans ses formes les plus communes et bénignes. La gravité des accidents, en pareils cas, s'explique par l'état particulier où se trouvent les malades : état de faiblesse, de cachexie ou de shock, etc. On connaît le relâchement de l'estomac chez les cachectiques, chez les individus atteints d'une maladie infectieuse comme la scarlatine ou la fièvre typhoïde. Dans les cas de dilatation post opératoire, intervient le défaut de résistance de l'estomac résultant de l'absorption chloroformique. Enfin, pour expliquer la permanence de ces distensions gastriques et leur degré parfois colossal, on peut invoquer le rôle de la *valvule de Gubarow*, déterminant, sous l'influence de la pression gazeuse, une obturation absolue du *cardia*.

Le *diagnostic* de la dilatation aiguë de l'estomac avec la péritonite repose sur l'absence de fièvre forte, sur la limitation du ballonnement à la partie supérieure de l'abdomen. Elle se distingue aussi de l'occlusion intestinale par la répartition particulière du tympanisme et l'absence de vomissements fécaloïdes.

Le *traitement* doit être *curatif* et *prophylactique*, et les éléments de celui-ci seront tirés des notions que nous venons d'exposer relativement au rôle de l'aérophagie dans la production des accidents. Il faudra surveiller les malades qui viennent de subir une opération pour les empêcher de se livrer à l'aérophagie en faisant des mouvements de déglutition répétés comme ils sont portés à la faire pour se débarrasser des mucosités et du goût de chloroforme qu'ils ont dans la gorge, l'aérophagie venant augmenter et aggraver la distension stomacale qui existe toujours à un certain degré du fait de l'anesthésie. Au besoin, on leur mettra une ficelle autour du cou, ou un bouchon dans la bouche pour tenir celle-ci largement ouverte.

Si ces simples moyens sont insuffisants, on fera des lavages de l'estomac, qui rendent grand service en évacuant les liquides et les gaz de l'estomac ; celui-ci peut renfermer exclusivement des gaz dans certains cas : la théorie de

l'auto-intoxication par résorption des liquides accumulés dans l'estomac n'a donc pas une valeur absolue. On doit cependant tenir compte des idées de Roger, qui a montré que c'est dans la partie supérieure du tube digestif que l'auto-intoxication s'exerce avec le plus d'activité. Les lavages de l'estomac sont un bon moyen de combattre cette auto-intoxication.

A la suite de ces moyens doivent intervenir des manœuvres consistant à placer les malades dans certaines positions déterminées. Schnitzler a recommandé le décubitus ventral. Cette position amène souvent une amélioration très rapide. Baumler a conseillé la position genu-pectorale. Cette manœuvre exerce une action plus marquée encore sur les phénomènes d'occlusion et de distension stomacales et sera essayée quand la précédente aura échoué. On a été plus loin encore, en prescrivant de mettre les malades dans la position de Trendelenburg. Toutes ces manœuvres n'ont d'autre but que de combattre cette tendance à l'occlusion valvulaire du cardia signalée par Gubarow et donnent en effet d'excellents résultats pour diminuer la distension gastrique.

En résumé, grâce surtout à la notion de l'aérophagie, qui permet, dans bien des cas, une prophylaxie efficace, et à l'emploi des lavages de l'estomac et du décubitus ventral, on pourra triompher de la plupart des cas de dilatation aiguë de l'estomac, sans avoir recours à une intervention chirurgicale. Si celle-ci est rendue nécessaire par l'échec des moyens précédents, particulièrement par l'impossibilité d'introduire une sonde dans l'estomac en raison de la torsion du cardia, la meilleure opération à conseiller est la *gastrostomie* à bouche réduite, selon la méthode de Jaboulay, de Lyon, simple fistulette destinée à permettre l'échappement des gaz et le relâchement des parois intestinales.

REVUE DU LABORATOIRE

Le cytodiagnostic dans les maladies de l'estomac (*Soc méd. des hôp.*).

MM. M. Loeper et M.-E. Binet recherchent les éléments cellulaires dans le liquide de lavage de l'estomac à jeun et tirent de leur présence, de leur nombre, et de leur nature des conclusions assez précises touchant le diagnostic des affections de l'estomac. Il semble que, à l'état normal et en dehors de la digestion, les cellules soient très peu nombreuses et le plus souvent constituées par des débris nucléaires et protoplasmiques mal caractérisés. Dans les ulcus, en dehors même des hémorragies, on trouve des hématies, des cellules épithéliales ou des leucocytes ; dans les gastrites des globules blancs de tout ordre, des éléments glandulaires et de revêtement très reconnaissables et dont quelques-uns sont très granuleux. Les liquides du cancer de l'estomac sont riches en grosses ou moyennes cellules, fortement teintées, très résistantes, très trapues, multinucléées souvent et même riches en glycogène. Dans l'aérophagie et la sialophagie on constate un grand nombre de cellules pavimenteuses des voies supérieures.

Le cytodiagnostic est intéressant non seulement au point de vue de la pathologie pratique, mais aussi au point de vue de la pathologie générale puisqu'il permet d'isoler du groupe confus des dyspepsies des états gastriques latents et même de véritables gastrites atténuées.

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

Hémorragie rétro-placentaire, par le Dr Lequeux (*Bullet. soc. obstét. de Paris*).

Dans le cas d'hémorragie rétroplacentaire, voici quelle est la conduite à tenir :

1° Chaque fois qu'il semblera possible de pouvoir accoucher la femme par voie basse et sans le secours du bistouri, c'est cette voie qu'on acceptera ;

2° Si les conditions ne sont pas requises et qu'il faille débarrasser la femme au plus vite, on recourra à la voie obstrico-chirurgicale ;

3° Si la femme est infectée, l'œuf ouvert, ou l'hémorragie de date ancienne, on préfèrera la césarienne vaginale ;

4° Si la femme n'est ni infectée, ni trop shockée ; si l'œuf est intact, l'hémorragie récente, et que l'état général commande l'intervention d'urgence, on choisira la césarienne abdominale ;

5° Si, au cours de l'opération césarienne classique, on croit ne pas pouvoir se mettre à l'abri d'une hémorragie secondaire ; si un symptôme, même léger, fait soupçonner un état de subinfection latente que rien n'avait fait supposer avant l'intervention, on n'hésitera pas à faire l'hystérectomie ou si l'état est grave et la rapidité obligatoire, le Porro.

CARNET DU PRATICIEN

Névralgies

Traitement local

Dans les névralgies dites rhumatismales, on peut utiliser le salicylate de soude à l'intérieur et les applications *loco dolenti* de salicylate de méthyle, ou de la pommade de Bourget, ainsi formulée :

Acide salicylique	10 grammes
Essence de térébenthine	10 —
Lanoline	10 —

Lorsqu'on soupçonne la nature gonococcique de l'affection, on utilisera les applications du liniment suivant :

Gaïacol	5 grammes
Salicylate de méthyle	15 —
Huile de jusquiame	30 —

répétées deux fois par jour.

On peut encore utiliser les formules suivantes :

Gaïacol	2 grammes
Teinture de belladone	10 —
Huile de jusquiame	30 —

Bien agiter avant l'emploi.

Ou bien encore :

Gaïacol	2 grammes
Salicylate de méthyle	10 —
Vaseline liquide	40 —

Lorsqu'on veut utiliser la médication interne, on peut employer particulièrement la phénacétine, sous diverses formes :

Citrate de caféine	0 gr. 10
Valerianate de quinine	0 gr. 15
Phénacétine	0 gr. 20
Antipyrine	0 gr. 30

Pour 1 cachet. — 1 à 2 cachets par jour.

Hirtz l'associe à l'acétanilide et la valériane.

Phénacétine	0 gr. 10
Acétanilide	0 gr. 20
Valérianate de quinine	0 gr. 25

Pour 1 cachet; prendre 2 à 5 cachets en 2 heures.

Prof. Lemoine.

Psoriasis

1.

Chrysarobine	25 grammes
Lanoline	75 —

2.

Acide pyrogallique	10 grammes
Lanoline	90 —

3.

Calomel	3 grammes
Acide pyrogallique	5 —
Lanoline	30 —

Dents tachées par le fer

Frotter légèrement, une seule fois, les dents jusqu'à leur col, à l'aide d'une tige enroulée d'ouate et trempée dans la solution suivante :

Acide chlorhydrique fumant.	5 grammes
Eau distillée	5 —
M. s. a.	

Ensuite, durant 15 jours, user de la poudre :

Chlorate de potasse	5 grammes
Craie lavée	10 —
Poudre d'iris	20 —
Ess. de menthe et de carmin.	Q. s.
M. s. a.	

Combe.

Formulaire mercuriel des nourrissons syphilitiques

1° Friction d'une durée de cinq minutes, faite tous les jours avec une flanelle, sur laquelle on étale gros comme une noisette (2 gram.) de la pommade suivante :

Onguent napolitain	60 grammes

La friction sera faite successivement sur les côtés droit et gauche du ventre, sur les aisselles droite et gauche, sur les aines gauche et droite, sur la face interne droite et gauche, de façon à ne pas revenir avant huit jours sur la place déjà frictionnée. Laisser la flanelle sur le lieu de la friction;

2° *La première année*, frictions quotidiennes avec interruption de quinze jours tous les trois mois.

La seconde année, un mois de frictions, un mois de repos.

La troisième année, un mois de frictions sur trois;

3° *Les premiers mois*, introduire, matin et soir, dans chaque narine, un peu de la pommade suivante :

Calomel précipité	3 grammes
Vaseline	30 —

4° *Pendant dix jours*, s'il y a des boutons sur la peau, bain de dix minutes, à 35°, dans une baignoire en bois, avec :

Chlorhydrate d'ammoniaque	3 grammes
Sublimé	3 —

Pour 1 paquet n° 10. Comby.

La préparation du sirop iodo-tannique

Le sirop iodo-tannique du Codex est une excellente préparation, mais, paraît-il, très difficile à faire en suivant les règles données par la pharmacopée. C'est ce qu'affirme M. Desachy, pharmacien à Mony, dans le *Bulletin des Sciences pharmacologiques* (n° 2), où il donne un procédé simple, rapide et facile, qui permet d'obtenir un sirop semblable à celui du Codex. Voici la formule qu'il a adoptée et qui lui donne toute satisfaction :

Faire dissoudre :

Tannin	4 grammes
Eau distillée	8 —

Y ajouter :

Teinture d'iode récente	20 grammes

Agiter, filtrer au papier et mélanger à :

Sirop simple	968 grammes

pour obtenir un kilogr. de produit.

Laryngite sèche

Pulvérisations deux ou trois fois par jour avec :

Benzoate de soude	8 grammes
Bromure ou iodure de Na	4 —
Glycerine	4 —
Teinture d'eucalyptus	10 —
Eau distillée	450 —

(Moure.)

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 17.500 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 35, rue J.-J. Rousseau

Le Gérant : Docteur Lucien-Graux.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Sémiologie réelle des sections totales des nerfs mixtes périphériques (considérations sur la technique concernant l'étude des troubles des sensibilités. Les modifications des réactions vaso-motrices et sudorales, les altérations trophiques ostéo-articulaires et cutanées), par Henri CLAUDE, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, et Stephen CHAUVET, interne des hôpitaux. — A. Maloine, éditeur.

Les sections nerveuses ont été l'objet, depuis quelques années, de travaux fort nombreux qui n'ont envisagé que le côté anatomo-pathologique de la question. La partie clinique a complètement été laissée de côté, si bien qu'à l'heure actuelle, la sémiologie des sections nerveuses est très mal connue. Les descriptions qu'on en donne sont fausses et inexactes.

Le livre de H. Claude et Stephen Chauvet vient combler cette lacune.

Dans la première partie de cet ouvrage, H. Claude et Stephen Chauvet étudient successivement les divers troubles déterminés par les sections totales des nerfs mixtes périphériques : troubles de la motricité, des réactions électriques, des sensibilités, des réactions vaso-motrices et sudorales, troubles thermiques et trophiques.

Dans chacun de ces chapitres ils décrivent en détail le trouble envisagé, sa valeur sémiologique et les causes d'erreurs qui entachent son étude.

Dans la deuxième partie de leur ouvrage, les auteurs donnent comme exemple, les résultats de leur technique dans un cas de section d'un nerf médian et il est facile de voir combien cette observation, avec les troubles qu'elle relate, diffère des descriptions classiques. De très nombreux dessins, des documents photographiques et radiographiques illustrent cette observation.

Service de Santé.

Sous le titre *La Direction du service de santé en campagne*, M. le médecin principal Troussaint a condensé de la manière la plus heureuse, en un volume du format du *Vade-mecum de l'officier d'état-major*, les connaissances essentielles à tous les éléments qui doivent exercer en campagne une action directrice sur le service de santé.

A tous les échelons, ce service ne peut remplir son rôle sans une étroite union avec l'état-major. Il est essentiel que les médecins soient familiarisés avec certaines notions d'état-major et de tactique, voire même avec une terminologie qu'ils ignorent souvent.

Mieux que personne M. le médecin principal Troussaint, ancien professeur à l'Ecole supérieure de guerre, était qualifié pour combler cette lacune. Il l'a fait « de main de maître ». Ce travail est en quelque sorte la quintessence ou la synthèse d'un enseignement donné à un public restreint mais qui n'en a pas moins porté déjà ses fruits. Lavauzelle, éditeur. Prix : 5 francs. (Envoi *franco* contre timbres ou mandat.)

L'Orthopédie indispensable aux praticiens (*tuberculoses externes, difformités, déviations, maladies des os et des articulations, etc.*), par le Dr CALOT, de Berck. — 5e éd., 1 magnifique vol. de 1.033 pages avec 1.071 figures et des photographies en couleurs, cartonné toile. (A. Maloine, éditeur, 25-27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris).

Un ouvrage de Calot, c'est tout dire : pratique, fort bien présenté, abondamment illustré, très documenté. Ainsi qu'aux précédentes, le même succès sera assuré à cette édition.

« ... Désormais, grâce à ce guide, tous les médecins de bonne volonté oseront entreprendre et sauront mener à bien le traitement des affections orthopédiques.

« Le texte clair, précis, est expliqué pas à pas par des figures innombrables, les unes provenant de photographies d'après nature, les autres schématiques qui conduisent vraiment sur le mal la main qui palpe et qui ponctionne. L'emploi dans le texte de gros caractères attire l'œil du lecteur sur les préceptes fondamentaux qu'il faut avoir sans cesse présents à l'esprit.

« En résumé, *un vrai livre de chevet « indispensable aux praticiens »*. (MOUCHET.)

L'Orthopédie indispensable est un livre pour tous les praticiens. Calot a pensé et écrit avec la préoccupation constante de documenter le médecin qui est toujours le premier consulté pour toutes ces maladies.

... Le nom de M. Calot est indissolublement lié à l'orthopédie nouvelle.

De plus, Calot a le rare mérite d'être le *meilleur des vulgarisateurs* et d'avoir travaillé avec une admirable persévérance et une féconde activité à rendre accessibles à tous les médecins les procédés pratiques de l'orthopédie moderne.

Son nouvel ouvrage est un manuel où chaque chapitre, chaque page, chaque détail sont illustrés de figures tantôt photographiques, tantôt schématiques, et cet amoncellement de documents iconographiques instruit mieux le lecteur que d'abondantes dissertations.

Ce que le Dr Calot veut et réclame avec insistance des médecins, c'est qu'ils soignent ces maladies dès leur apparition, c'est qu'ils fassent immédiatement leur devoir. Et le but de ce livre est de leur apprendre la meilleure manière de remplir ce devoir.

Inutile d'ajouter que le Dr Calot a pleinement atteint son but, par la clarté lumineuse de ses exposés, la richesse et l'abondance de ses dessins.

L'Orthopédie indispensable est sans autre commentaire un livre utile, indispensable comme son titre l'indique.

Nous souhaitons dans l'intérêt de la collectivité médicale qu'il trouve sa place non seulement dans la bibliothèque mais sur la table de travail de tous les praticiens ». (Doct. DEJACE).

L'originalité de M. Calot est double: tout d'abord une grande simplicité dans l'exposition, pas de mots inutiles ; ce qu'il faut faire, ce qu'il ne faut pas faire — par quels procédés, et parmi ces procédés il n'en est qu'un qui convienne aux praticiens.

La seconde particularité propre à l'enseignement de M. Calot est le grand nombre de figures. Il y en a 1.060 dans ce volume de 1.033 pages. On voit les temps opératoires. Il n'y a rien de tel que de voir pour cesser d'avoir peur. Avec le livre de M. Calot les praticiens même isolés et livrés à leurs seules ressources seront rassurés, toutes ces interventions ne sont ni difficiles ni dangereuses. Dans nos campagnes, le praticien se mettra à réduire les luxations congénitales de la hanche. Quel succès quand tout ce petit monde marchera droit. On en parlera dans toute la région, et quels triomphes de clientèle ! Ce jour-là quelque chose du mérite reviendra bien au livre excellent de M. Calot qui aura éveillé les initiatives et entouré de sécurité des interventions jugées téméraires la veille.

Les milliers de lecteurs qui se succèdent, témoignent de la haute valeur de l'ouvrage. Après avoir fait son éloge au début, nous n'avons qu'à applaudir au courant rapide qui emporte le succès toujours croissant. (FIESSINGER) »

Et la 5e édition, qui paraît aujourd'hui trouvera un accueil encore plus enthousiaste que les précédentes car non seulement elle est enrichie de plus de 400 pages et de 500 figures nouvelles, mais encore l'exécution matérielle du livre a été portée cette fois au plus haut degré de perfection. On y trouve, en particulier, de magnifiques photographies en couleurs.

En vérité nous ne voyons pas à l'heure actuelle dans toute la littérature médicale un livre mieux présenté ni mieux illustré que celui-là sous sa forme nouvelle de manière que nous n'en connaissons pas de plus clair, de plus pratique et de plus utile à tous les médecins.

ÉCHOS

Congrès (*Commission permanente des Congrès internationaux de médecine*).

La première réunion de la Commission permanente des Congrès internationaux de médecine a eu lieu à Londres le 21 avril dernier au Royal college of physicians, sous la présidence du docteur F. W. Pavy.

La Commission, pour ne pas s'écarter du principe de la représentation exclusive des Etats, n'a pas adopté les requêtes des Canadiens et des Polonais demandant le droit de désigner des délégués à la réunion permanente.

La demande d'admission de la langue espagnole et de l'espéranto n'a pu être admise

Les dentistes ne possédant pas le titre de docteur en médecine ne pourront être membres des Congrès.

Notons toutefois ce correctif, que les savants présentés par les Comités nationaux ou par le Comité exécutif peuvent être membres des Congrès.

Le règlement général des Congrès internationaux de médecine, composé par le secrétaire général, a été fixé avec quelques modifications.

Les principaux points en sont :

1. La composition uniforme des Comités nationaux dans les pays divers d'après le principe de la représentation des organisations médicales du pays. Les Comités nationaux auront le droit de faire des propositions à la Commission permanente et de donner des avis au Comité d'organisation et aux bureaux des sections en tout ce qui concerne le travail du Congrès.

2. Les attributions de la Commission permanente d'une part, et celles du Comité d'organisation d'autre part, ont été précisées exactement.

3. A la Commission permanente incombera, à part la préparation directe du Congrès, aussi la tâche :

a) De s'entendre avec les bureaux des Sociétés et Congrès internationaux médicaux afin d'éviter les coïncidences de temps, de lieu et de sujet dans les assemblées ;

b) De favoriser l'étude de questions médicales exigeant une collaboration internationale et d'instituer des Commissions chargées de les préparer ou de les élaborer.

4. Les Congrès internationaux de médecine spéciale pourront établir leurs bureaux permanents au siège du bureau de la Commission permanente.

5. Les présidents d'honneur des sections, s'ils sont nommés, prendront place au bureau, mais ne présideront pas effectivement.

Les modifications suivantes ont été faites dans la répartition des sections :

Le titre de la troisième section sera : Pathologie générale et Anatomie pathologique. A cette section est ajoutée une sous-section de Chimie pathologique.

Le titre de la quatrième section sera : Bactériologie et Immunité.

A la section de Chirurgie (septième) sont ajoutées deux sous-sections, une d'Orthopédie et une d'Anesthésie générale et locale.

Le titre de la dix-huitième section sera : Hygiène et Médecine préventive.

Le titre de la vingtième section sera : Médecine et Hygiène militaires et maritimes.

Le titre de la vingt et unième section sera : Pathologie tropicale.

On a créé une nouvelle section de Radiologie médicale (vingt-deuxième).

La proposition du comité exécutif de fixer la date du congrès de Londres au 6-12 août 1913 a été acceptée:

Sera président du congrès: sir Thomas Barlow K. C. V. O. ; secrétaire général: docteur W. P. Herringham, 40 Wimpole street, London W. ; trésoriers: sir Dyce Duckworth ; G. H. Makins Esq. F. R. C. S.

Commission du relèvement des honoraires.

Le 2 juin, à 9 heures du soir, à l'Hôtel des Sociétés Savantes et dans le local de l'Union des Syndicats médicaux de France, la Commission du Relèvement des Honoraires s'est réunie pour la première fois.

La Commission du Relèvement des Honoraires émane du troisième Congrès des Praticiens, lequel, à la suite des conclusions du rapporteur sur cette question, a décidé, entre autres points, que « l'Association générale des Médecins de France, l'Union des Syndicats médicaux de France, le Concours médical et le Comité de Vigilance, désigneraient chacun trois ou quatre délégués afin de constituer une Commission. »

Et plus loin : « Que cette Commission s'occuperait, d'après les indications fournies par les secrétaires des Syndicats et des Fédérations, d'établir plusieurs cartes de France en couleurs, faisant ressortir d'une façon nette et frappante la situation relative des départements en ce qui concerne les honoraires. »

La Commission a été constituée.

Elle se compose des Drs : Smester-Ball, Butte, Dignat, délégués de l'Association générale des Médecins de France;

Delpeut, Seailles, Tourtourat, P. Vallat, délégués de l'Union des Syndicats médicaux de France;

Boudin, Jeanne, Levassort, Noir, délégués du Concours médical ;

Leredde, Le Fur, Chapon, Bresselle, délégués du Comité de Vigilance.

Résolue à accomplir le plus rapidement possible la besogne qu'elle s'est tracée, la Commission a décidé de se réunir tous les mois.

Elle arrête qu'un résumé de la question et un exposé des efforts tentés jusqu'ici seront adressés à MM. les Secrétaires généraux de tous les Syndicats et de toutes les Fédérations.

Cet exposé sera accompagné d'une enquête minutieuse que nous les prierons de porter à l'ordre du jour de leurs assemblées générales. Sans même attendre que ces dernières aient lieu, nous comptons demander à MM. les Secrétaires de vouloir bien communiquer à plusieurs membres de leurs Syndicats le questionnaire très détaillé et très précis qui leur sera envoyé, afin que les situations diverses des arrondissements, des cantons, voire même, en certains cas, des communes, puissent être connues dans leurs moindres détails.

Ainsi documentée, la Commission pourra réaliser les vœux du Congrès de 1910 en s'appuyant d'autre part, au point de vue pécuniaire, sur les cotisations des quatre grands groupements qui ont participé à la nomination des délégués qui la composent, et sur celles, très modestes, qu'elle compte demander aux Fédérations et aux Syndicats eux-mêmes.

Le Dr Bresselle, 17, rue Ernest-André, Le Vésinet (S.-et-O.), a été nommé secrétaire-trésorier de la Commission.

Prière de lui adresser d'ores et déjà, avant même toute enquête officielle, les communications qui, d'une façon quelconque, pourraient sembler intéressantes touchant le relèvement des honoraires.

Les confrères qui n'ont pas cru devoir, jusqu'à présent, s'inscrire dans les syndicats ou groupements médicaux et que le questionnaire, par conséquent, atteindra peu ou point, sont particulièrement priés de tenir compte de cet appel et de faire connaître en toute sincérité leur manière de voir.

REVUE FINANCIÈRE

Bourse très calme. La chûte du ministère Monis ne peut qu'influencer favorablement les cours, surtout ceux des chemins de fer. Les Banques mexicaines sont fermes malgré les vendeurs à découvert. Se méfier des valeurs américaines (Etats-Unis), surtout de celles lancées à grand renfort de publicité ! Les mines d'or très calmes à cause de la maladie, d'aucuns disent l'agonie de sir Wernher. On espère un bon mois de juillet. A. S. WEIL.

82e Année (Série XIIIe) — N° 101 | Le Numéro : 25 Centimes | Mercredi 5 Juillet 1911

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
9, Rue Denis-Poisson, PARIS
TÉLÉPHONE : 573-40

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale........ 15 fr.
Edition Espagnole .... 10 fr.
Edition Portugaise.... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —

CHANTEMESSE, Professeur d'Hygiène à la Faculté de Paris, Membre de l'Académie de Médecine
LANDOUZY, Doyen de la Faculté, Prof. de Clin. Médicale, Membre de l'Académie de Médecine
RECLUS, Professeur de Clinique chirurgicale, Membre de l'Académie de Médecine
RICHET, Professeur de Physiologie à la Faculté de Paris, Membre de l'Académie de Médecine
ALBERT ROBIN, Professeur de Clinique Thérapeutique, Membre de l'Académie de Médecine
BALZER, Médecin de l'Hôp. St-Louis, Memb. de l'Acad. de Méd.
BAZY, Chirurgien de l'Hôpital Beaujon
BEURNIER, Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis
CHASSEVANT, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
SEBILEAU, Professeur agrégé, Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière, Membre de l'Académie de Méd.
VAQUEZ, Professeur agrégé, Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine
DESCREZ, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
MARIE, Médecin en chef de l'Hospice de Villejuif
MONPROFIT, Professeur à l'École de Médecine d'Angers

DIRECTEUR :
Dr LUCIEN GRAUX
Lauréat de l'Institut
Hors concours, Membre du Jury
Exposition franco-britannique 1908
Vice-Prés. Expos. Bruxelles Cl. 16
Ancienne *Gazette de Santé*
(139e Année)

ÉCHOS

Les chaires vacantes de la Faculté

Le Conseil de la Faculté de médecine de Paris vient de faire les présentations suivantes pour les chaires actuellement vacantes.

Chaire de pathologie interne. — M. Teissier est présenté en première ligne et M. Vaquez en seconde.

Chaire d'histoire de la médecine et de la chirurgie. — M. M. Letulle est présenté en première ligne et M. Dupré en seconde ligne.

Chaire de physique médicale. — M. Weiss est présenté en première ligne et M. Guilleminot en seconde.

Médecins des hôpitaux

A la suite du concours qni vient d'avoir lieu, sont nommés médecins des hôpitaux : MM. Comte, Pagniez, Lanbry, Ribadean-Dumas, Grenet et Weill.

Le nouvel hôpital de la Pitié.

L'hôpital nouvean construit boulevard de l'Hôpital pour remplacer la vieille maison de la Pitié a reçu ces jours derniers ses premiers malades. Lorsque deux mois auront passé, ses 988 lits seront en service.

La nouvelle Pitié a coûté 11 millions et elle comporte 32 bâtiments de médecine et de chirurgie. Les travaux, commencés en 1905, interrompus par les intempéries, les inondations, les grèves, ont été conduits malgré tout avec rapidité par l'architecte M. Rochet, et par l'ingénienr, M. Desbrochers des Loges. L'ouverture de cet établissement, qui est une sorte d hôpital modèle en raison des perfectionnements réalisés, marqne une étape dans l'œuvre intéressante qu'out entreprise, sur les fonds de l'emprunt d'assistance de 45 millions, M. Mesureur et le Conseil municipal.

Institut municipal d'électrothérapie.

Après conconrs, M. le Dr Zimmern, professeur agrégé à la Faculté de médecine, est présenté en première ligne pour la place de directeur de l'Institut mnnicipal d'électrothérapie de la Salpêtrière.

Les médecins en automobile

Par suite d'nne collision survenne près de Pierrelay (S.-et-O.), le Dr Gellé a été légèrement contusionné.

La veuve du Dr Mesny.

Parmi les pensions attribuées aux veuves d'officiers, que publie l'*Officiel*, ce matin, nous relevons celle accordée à la veuve du docteur Mesny, médecin-major de 2e classe, mort eu Chine, victime de son dévouement pendant la dernière épidémie de peste.

1.100 francs *seulement*, la pension stricte du grade est allouée à Mme Mesny, née Vermillard, à compter du 13 janvier 1911.

La Commission permanente du Conseil d'hygiène.

La Commission permanente du Conseil supérieur d'hygiène s'est réunie au ministère de l'Intérieur sous la présidence de M. le Dr Roux.

M. Mirman, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiqnes, a exposé à la Commission, d'après les derniers renseignements communiqués au Gouvernement, l'état sanitaire de l'Europe en ce qui concerne le choléra ; il a rappelé les termes du décret du 1er août 1910, toujours en vigueur, et donné lecture des instructions complémentaires transmises aux préfets par voie de circulaire.

Après nn échange d'explications anquel ont pris part M. le professeur Debove, ancien doyen de la Faculté de médecine et ancien président dn Conseil supérienr d'hygiène ; M. le professeur Gariel, vice-président du Conseil supérieur ; M. le Dr Calmette, directeur de l'Institut Pasteur de Lille ; M. le professeur Chantemesse et M. le docteur Renault, conseillers techniqnes sanitaires dn ministère de l'Intérienr ; M. Gavary, directeur an ministère des Affaires étrangères, la Commission a approuvé, à l'nnanimité, les termes des instructions adressées par M. le président dn Conseil aux autorités sanitaires.

La Ville de Paris possède un service de désinfection moderne

M. Paris, conseiller mnnicipal, président de la sixième commission, vient d'inaugurer les nouveaux services de désinfection de la Ville, sitnés rue des Récollets, et dont notre éminent ami et collaborateur M. le Dr Henri Thierry a assumé la direction.

Les nonveanx services comportent des aménagements ponr le personnel, nn matériel complet de blanchisserie, trois étuves à vapeur et nne étuve an formol pour les objets faciles à détériorer. Tontes ces installations sont ponrvues des appareils les plus modernes, conformes anx dernières déconvertes de la science.

Conférences pratiques d'Oto-Rhino-Laryngologie et de technique Broncho-œsophagoscopique (Hôpital Lariboisière). *Cours de vacances.*

Avec l'autorisation de M. Pierre Sebileau, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, M. Lemaitre, oto-laryngologiste des hôpitaux, assisté de MM. Halphen et Juin, assistants et de MM. Rouget et Miégeville, internes du service, commencera le *lundi 17 juillet 1911* une série de douze conférences cliniques avec examen et présentation de malades.

Ces conférences auront lieu le matin à 8 h. 1/2.

Le droit d'inscription est de 60 francs.

Se faire inscrire auprès des internes du service.

Programme des conférences. — 1re leçou : généralités (éclairage, anesthésies locales, rhinoscopie antérieure et postérieure). Maladies de la cloison (Epistaxis, abcès, hématomes et affections chroniques).

2e leçon : maladie des cornets (coryzas, rhinites, ozène, syphilis et lupus, polypes mnqneux, corps étrangers du nez, prothèse à la paraffine).

3e leçon : maladies des cavités annexes (sinusites maxillaires, frontale et ethmoïdale. Kystes dentaires).

4e Leçon : examen dn conduit auditif et du tympan, maladies de l'oreille externe (eczéma, bouchon de cérumen, corps étrangers, furoncles).

5e leçon : maladies de l'oreille moyenne (otite catarrhale, otites purulentes, otite sèche, paracentèse, cathétérisme).

6e leçon : Complications des otites moyennes (mastoïdites aiguës et chroniqnes. Leur traitement. Pansements des trépanations et évidements).

7e leçon : maladies de l'oreille interne (épreuves auditives et épreuves vestibulaires, labyrinthites, surdité nervense, simulation).

8e leçon : examen du larynx (laryngites aiguës, laryngites chroniques, paralysies laryngées).

9e leçon : tuberculose, syphilis, cancer, polypes dn larynx, trachéotomies.

10e leçon : examen dn pharynx buccal (pharyngites aiguës et chroniques, abcès rétro et latéro-pharyngiens, cancer de la langue, hypertrophie des amygdales).

11e leçon : examen du naso-pharynx (rhinoscopie postérieure, releveurs du voile, végétations adénoïdes. Tumenrs du naso-pharynx, malformations).

12e leçon : œsophagoscopie, trachéoscopie (corps étrangers et cancer de l'œsophage, corps étrangers des bronches.)

Traitement des Dermatoses par les Eaux sulfhydriquées des Fumades

Par le Docteur COURRÉJOU, Médecin consultant à la station

Loin d'étendre le champ des indications d'une eau thermale, nous estimons qu'il y a lieu de le réduire en appropriant, d'une façon exacte, son mode d'action aux cas morbides qu'il faut combattre, de façon à obtenir le meilleur résultat possible et à en faire le remède le plus parfait. Il est nécessaire de délimiter scrupuleusement ses attributions minérales : en un mot de préciser sa spécialisation. En généralisant et en multipliant les propriétés curatives d'une eau minérale, on jette la confusion dans l'esprit du médecin et on nuit autant au malade qu'à la prospérité de la station.

L'hydrogène sulfuré s'éliminant par la peau et la muqueuse de l'arbre aérien, la spécialisation des Fumades (Eau sulfhydriquée-bitumineuse) se déduit tout naturellement : dermatoses et maladies des voies respiratoires sont rigoureusement justiciables de cette station.

Les maladies de la peau sont souvent sous la dépendance d'un état constitutionnel : il y a donc lieu de traiter l'élément diathésique dont la dermatose n'est que l'expression. Toutefois, la médication générale doit céder le pas à la médication locale qui, dans ce cas, présente le plus d'importance.



Pavillon-buvette de la source Zoé.

Or, les eaux sulfhydriquées remplissent ce double rôle. Par l'activité profonde que l'hydrogène sulfuré imprime aux diverses fonctions et aux oxydations intra-cellulaires, il y a transformation du terrain et remendement général. Par leur électivité pour la peau à travers laquelle l'acide sulfhydrique s'exhale, la circulation cutanée devient meilleure, les sécrétions et excrétions glandulaires se modifient : ainsi se trouvent favorisées, la résolution et la résorption des productions morbides et activées, les proliférations cellulaires qui provoquent la régénération des cellules épidermiques.



A forte dose, le soufre est exsudatif (action kératolytique) ; à faible dose, il est siccatif (action kératoplastique).

Dans l'application des eaux sulfurées on doit s'enquérir du tempérament du malade, de son degré d'éréthisme nerveux, de la nature et des caractères de la dermatose. Cette dernière est-elle ancienne, sèche ou humide, prurigineuse, irritable? Ces considérations déterminent le choix de la source minérale qui, suivant sa forte ou faible minéralisation, produit de l'excitation ou de la sédation.

C'est pourquoi une station possédant des sources nombreuses et variées offre de grands avantages et doit être préférée. C'est le cas des Fumades qui joint au nombre de ses sources une échelle étendue de sulfuration. Il devient ainsi facile de traiter toutes les formes de dermatoses, irritables ou non irritables, d'adapter la médication hydro-minérale à la nature de l'éruption et d'en graduer les effets : la même affection cutanée réclamant des sources différentes en rapport avec son degré de susceptibilité.

Suivant le cas, on recherchera soit une action sédative, soit une action antiphlogistique, légèrement substitutive en évitant une trop vive irritation, soit enfin une action fortement substitutive et modificatrice. Ces effets ne seront obtenus que par une sulfuration variée.

Aux dermatoses récentes, suintantes, s'accompagnant de prurit chez les malades excitables, comme les arthritiques sujets à des poussées, conviennent les eaux douces, faiblement minéralisées. Ces dernières modèrent l'éréthisme général et cutané, et exercent une action sédative et légèrement antiphlogistique. Les dermatoses rebelles et invétérées, sèches, se manifestant sur des sujets atones et torpides tels que les scrofuleux, relèvent des sources fortes qui produisent des effets substitutifs. Il est utile, en effet, de provoquer une stimulation énergique pour réveiller et modifier la vitalité pervertie du tégument. S'agit-il de malades moins impressionnables dont l'éruption cutanée demande une action légèrement modificatrice et substitutive, sans exiger une forte excitation, on aura recours aux eaux sulfhydriquées moyennes.

Prenons par exemple l'eczéma qui est des affections cutanées la plus commune et celle sur laquelle les eaux sulfurées ayant le plus d'action, donnent les meilleurs résultats. Affectant de nombreuses modalités, il prend la forme sèche ou humide, il est torpide ou très irritable; il s'accompagne ou non de démangeaisons.

Dans les eczémas suintants, prurigineux, il faut chercher l'action lénitive des bains des sources faibles qui décongestionnent avec douceur et exercent des effets calmants sur les extrémités nerveuses de la peau. La même indication s'impose, même quand il s'agit d'un eczéma sec, si celui-ci présente un prurit violent ou si le sujet est un nerveux irritable, un arthritique à réactions vives. Sont justiciables des mêmes bains, l'eczéma de la vulve, du scrotum et de l'anus, lorsqu'il est associé à de l'hypéresthésie et à des démangeaisons insupportables. Les eaux à forte sulfuration sont utilisées dans les eczémas secs, atones, anciens et chez les lymphatiques torpides.

Les effets les plus rapides et les plus sûrs sont obtenus dans les formes humides, l'eczéma séborrhéique en particulier. L'eczéma sec cède moins facilement; celui des mains et des orifices naturels se montre encore plus tenace.

Dans les cas rebelles, il est nécessaire de recourir à des procédés plus énergiques tels que les pulvérisations locales ou les appli-

cations de boue, et de prolonger la durée de la cure. L'excéma variqueux exige une puissante sulfuration et des pratiques balnéaires actives.

La station de Fumades-les-Bains doit surtout sa grande réputation méridionale aux guérisons remarquables obtennes chaque année dans le traitement des dermatoses. Sa spécialisation s'explique d'une façon rationnelle par le nombre et la graduation croissante de la minéralisation de ses sources. Eau sulfhydriquée-bitumineuse, elle présente une vraie gamme dans sa sulfuration : 5, 10, 12, 13, 17, 25, 39, 60 centimètres cubes d'hydrogène sulfuré par litre.

Cette variété établit une division en sources faibles, moyennes et fortes, par conséquent susceptibles de convenir à tous les cas, torpides ou irritables. D'autre part, l'eau des Fumades est saturée de bitume, corps analogue au goudron : celui-ci est d'un emploi fréquent en dermatologie et entre dans la composition de nombreuses pommades. Il agit comme adjuvant et tempère en même temps les propriétés irritantes du soufre. On sait par ailleurs que l'acide-sulfhydrique est un puissant antiseptique. Introduit dans l'estomac par l'eau en boisson, il s'oppose aux fermentations anormales et neutralise les toxines de tout le tube digestif et de ses annexes : d'où, par suite de son action fermentescible, son application dans les dermatoses d'origine gastro-intestinale par intoxication alimentaire.

L'Aliénation mentale cause de Divorce (1)

(SUITE DE NOTRE ENQUÊTE)

XXIX

M. P. de Loynes, professeur de Droit civil à l'Université de Bordeaux, nous communique l'étude ci-dessous :

Bordeaux, le 14 *mai* 1911,

Monsieur le Directeur,

Je vous remercie de l'honneur que vous m'avez fait en me demandant mon avis sur la proposition de loi de M. Viollette relative à l'aliénation mentale comme cause de divorce. Il faut évidemment en rapprocher la proposition de loi de M. Maurice Colin, qui, tout en adoptant le principe, complète la réglementation sur des points très importants.

Ma première pensée avait été de m'abstenir de formuler une opinion sur ces propositions. En voici les motifs. Je suis hostile au divorce. Il est en opposition avec les préceptes de l'Eglise catholique à laquelle j'appartiens. Il est, à mes yeux un danger social, puisqu'il est une cause de désorganisation de la famille, parce qu'il est une grave atteinte aux droits que les enfants tiennent de leur naissance, parce qu'il est un obstacle à l'accomplissement en commun des obligations que les époux ont contractées ensemble par le seul fait du mariage.

La nouvelle lettre que vous m'adressez me détermine à ne pas persister dans cette abstention et je viens vous exprimer l'avis que vous me demandez.

(1) Voir numéro du 1er mars de la *Gazette médicale de Paris* contenant la Proposition de loi de M. Maurice Viollette, député, ainsi que les numéros suivants concernant le début de notre enquête et les réponses reçues.

Malgré l'argumentation que M. Viollette présente dans une forme véritablement séduisante à l'appui de sa proposition et que j'ai lue avec le plus vif intérêt, j'estime qu'il n'y a pas lieu d'inscrire l'aliénation mentale incurable au nombre des causes de divorce. Une pareille disposition serait en contradiction avec les principes généraux de notre droit en cette matière. En effet, les faits qui autorisent les tribunaux à prononcer le divorce, adultère, excès, sévices, injures graves, condamnation à une peine afflictive et infamante, sont tous constitutifs d'une faute imputable à l'époux, aux torts desquels le mariage est dissous. Sans doute les tribunaux montrent quelquefois dans leurs appréciations des facilités qu'on peut qualifier d'excessives. Mais nous n'irons pas jusqu'à dire, comme le fait cependant M. Viollette, que « le droit prétorien fait son œuvre d'interprétation et entreprend de corriger un peu la rigueur du droit strict. » Lorsque des excès alcooliques ou vénériens ont altéré les facultés mentales de l'un des époux, les juges, qui prononcent le divorce, prennent soin de justifier leur sentence par le caractère injurieux des excès sans parler de l'altération des facultés mentales de l'époux. Ils appliquent ainsi la loi; ils ne lui donnent pas une extension contraire à la volonté de ses auteurs.

C'est précisément cette extension que M. Viollette propose de consacrer par un texte formel rangeant l'aliénation mentale incurable au nombre des causes de divorce. Or, l'aliénation mentale est une maladie; elle n'est pas une faute. La proposition de loi est donc en opposition avec les principes généraux de notre droit.

M. Viollette constate qu'il est de nombreuses maladies atroces, répugnantes, incurables qui rendent la vie conjugale impossible et qui ne peuvent pas cependant être envisagées comme une cause de divorce. Il pense qu'il en est de même de la débilité sénile et de l'affaiblissement des facultés mentales consécutifs à une attaque. Il considère que ces malheureux accidents rentrent dans ce qu'il appelle fort heureusement « le risque conjugal » en vue duquel les époux se sont réciproquement promis secours et assistance et ont contracté des obligations dont ils ne peuvent se délier sous de pareils prétextes.

Mais, à ses yeux, il en est autrement de l'aliénation mentale incurable parce qu'elle entraîne la disparition sans retour possible de la personnalité intellectuelle et morale avec laquelle le mariage avait été contracté. Rapprochant très ingénieusement, ce qu'il appelle une mort morale de la mort civile admise par le Code civil, il demande que la dissolution du mariage puisse résulter de la première par la prononciation du divorce, de même qu'elle était la conséquence nécessaire et forcée de la seconde.

Notre réponse sera bien simple. En prononçant la dissolution de plein droit du mariage, non seulement dans le cas où la mort civile était la conséquence d'une condamnation à une peine de droit commun, mais encore, ce qui était aussi contraire à la morale qu'à la justice, lorsqu'elle était la conséquence d'une condamnation à une peine politique, le législateur avait édicté une règle injustifiable, universellement critiquée et condamnée. Aussi, est-ce avec un véritable soulagement qu'on a accueilli son abolition par les lois du 8 juin 1850 et du 3 mai 1854. C'est pourquoi cette institution disparue ne peut fournir aucun appui à la proposition de M. Viollette.

Ne parlons donc que de l'aliénation mentale incurable. Les époux se sont unis jusqu'au dernier soupir par le plus sacré de tous les liens; ils se sont promis de mettre en commun toutes leurs joies, toutes leurs infortunes. Nous ne voyons pas à quel titre le législateur interviendrait pour mettre un terme à leurs engagements ou les autoriser à s'en délier. L'aliéné a été interné. Il importe de ne pas le priver, par la dissolution du mariage, de la protection de celui qui lui a solennement promis aide et assistance et qui est mieux qualifié que tout autre pour remplir cette mission.

La proposition de M. Viollette n'autorise le divorce que si l'aliénation mentale est incurable et la preuve que la maladie présente bien ce caractère résultera de cette circonstance que l'internement aura duré trois ans. Nous sommes incompétents pour nous prononcer sur ce point; nous laissons aux spécialistes le soin de résoudre la question. Nous nous bornerons à faire observer que cette règle aura vraisemblablement pour résultat d'augmenter le nombre des internements et d'en prolonger la durée. N'y a-t-il pas là un véritable danger social? Ne faut-il pas compter avec les passions humaines?

Aussi M. Maurice Colin ne partage-t-il pas absolument à cet égard la manière de voir de M. Viollette. Il propose de faire de l'internement pendant trois ans la condition de recevabilité de l'action en divorce dans notre hypothèse, mais il exige en outre la preuve que l'aliénation mentale est incurable. Il nous est impossible de ne pas rappeler ici les dangers des expertises, principalement des expertises médico-légales. L'honnêteté indiscutable des experts, leur science éprouvée ne sauraient leur conférer l'infaillibilité.

Nous avons montré que la proposition de M. Viollette est en opposition avec les principes généraux de notre droit. Cette antinomie se manifeste d'une manière plus éclatante si nous étudions les conséquences que son adoption entraînerait, comme la proposition de M. Maurice Colin nous invite à le faire.

Le divorce prononcé pour aliénation mentale incurable sera-t-il prononcé contre l'aliéné et celui-ci encourra-t-il seul les déchéances écrites dans le Code? L'affirmative serait d'une souveraine injustice. Il est un malheureux, un malade; il n'est pas un coupable; aucun fait d'indignité n'a été relevé contre lui. Aussi M. Maurice Colin propose-t-il de décider que le divorce sera toujours réputé prononcé aux torts réciproques des deux époux. Quoique la solution puisse paraître équitable, la formule proposée n'en est pas moins étrange puisque aucun des époux n'a de torts. En réalité, le mariage serait dissous pour une cause d'une nature particulière qui n'a rien de commun avec les causes de divorce admises par la loi. Il serait donc plus conforme à la raison de ne pas chercher à appliquer des textes édictés en vue du divorce et de décider, par une disposition spéciale et formelle que dans ce cas, ni l'un ni l'autre des époux ne pourra se prévaloir des avantages qui lui ont été faits par son conjoint soit dans leur contrat de mariage, soit pendant le mariage.

M. Maurice Colin ne veut pas non plus que le divorce pour cause d'aliénation mentale incurable devienne pour celui qui l'a fait prononcer un moyen de se soustraire aux obligations résultant du devoir de secours et d'assistance dont les époux sont tenus l'un envers l'autre. Il propose, en conséquence,, de décider que le conjoint qui a demandé et obtenu le divorce pour cause d'aliénation mentale de l'autre époux, reste soumis, au point de vue alimentaire, aux obligations dont il serait tenu si le divorce avait été prononcé contre lui pour une des causes visées par les articles 229 à 232 du Code civil. La formule même proposée ne prouve-t-elle pas que nous sommes dans un cas où l'admission du divorce ne peut se réclamer des principes généraux de nos lois?

Il est enfin une dernière question sur laquelle il nous paraît utile d'appeler l'attention. Quelle influence le divorce prononcé pour aliénation mentale incurable aura-t-il sur l'exercice de la puissance paternelle? Les tribunaux jouiront-ils des pouvoirs que leur confère l'art. 302 du code civil? Pourront-ils enlever à l'époux qui a demandé et obtenu le divorce la garde des enfants pour la confier non pas à l'interné (c'est bien impossible) mais à un tiers. Il nous semblerait bien difficile de justifier une semblable mesure qui porterait une grave atteinte à l'autorité paternelle.

Les observations que nous venons de présenter démontrent que l'aliénation mentale incurable est un fait qui est un malheur et qui ne peut pas, dans la théorie de notre Code, être inscrit au nombre des causes de divorce.

Nous ajouterons une dernière considération. Nous refusons d'approuver la proposition de loi de M. Viollette parce qu'elle marquerait une étape vers le rétablissement de la loi du 20 septembre 1792 qui, avec moins de réserve et de précautions, autorisait le divorce pour cause de démence, de folie ou de fureur de l'un des époux. Nous repoussons cette proposition parce qu'elle nous engagerait dans une voie qui conduirait à assimiler le mariage présentant cependant, par sa nature de contrat relatif à l'état des personnes, des caractères particuliers, aux contrats pécuniaires régis par l'art. 1134 du Code civil et susceptibles d'être révoqués du consentement mutuel des parties, par suite à admettre le divorce par consentement mutuel, et même le divorce sur la demande de l'un des époux sur la simple allégation d'incompatibilité d'humeur ou de caractère. Nous ne voudrions pas exposer notre pays à voir se reproduire comme sous la loi du 12 brumaire an II conférant aux enfants naturels les mêmes droits de successibilité qu'aux enfants légitimes, l'augmentation du nombre des divorces, la diminution du nombre des mariages, la multiplication des unions libres, l'affaiblissement des mœurs publiques et la désorganisation presque complète de la famille.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de mes sentiments distingués.

P. DE LOYNES,
Professeur de Droit civil
à l'Université de Bordeaux.

XXX

M. E. Emile Moravcsik, professeur à la Faculté de Médecine, Université de Budapest, veut bien nous écrire :

Budapest, 15 mai 1911.

Monsieur et très honoré confrère,

Vous avez eu la complaisance de m'envoyer le texte de l'article paru dans la *Gazette Médicale de Paris* sur l'aliénation mentale et le divorce, par M. Violette, député et auteur du projet de loi à la Chambre. Vous voulez bien me demander mon opinion sur la question; j'ai l'honneur de vous la faire connaître par ce qui suit, et vous remercie de l'aimable démarche par laquelle vous avez bien voulu m'honorer.

La question en litige est de celles dont la solution n'est pas facile; à moins, toutefois, que l'on ne veuille la résoudre d'un seul point de vue.

La loi XXXI de l'an 1894 sur le droit matrimonial hongrois ne considère pas comme cause de divorce l'aliénation mentale qui frappe un des deux conjoints après la célébration du mariage. En agissant de la sorte, le législateur hongrois adopta comme motif que, au point de vue de l'éthique, il semble plus juste que les conjoints ne se quittent pas plus dans les malheurs et infortunes que dans l'heur, mais que, bien au contraire, ils prennent, chacun en ce qui les concerne, leur part des coups que le sort leur réserve. Je m'empresse d'ajouter, toutefois, que cette façon d'envisager l'institution du mariage n'est pas appréciée unanimement, et ne saurait l'être non plus.

Sans doute, considéré sous un jour éthique et, mettons théorique, ce principe couvre bien le point de vue humanitaire; mais il n'en est plus de même dès que l'on cherche à l'appliquer aux exigences que présente la vie pratique. Et si, au surplus, on pénètre jusqu'au vif de la question, ou qu'on l'envisage sur une autre face, on ne tardera pas à constater que ce point de vue manque de justice et ne respecte pas d'une façon égale les droits individuels découlant des exigences de la vie elle-même. Je m'explique : tandis que, dans le cas qui nous occupe, la société se plaît à accorder trop de protection d'une part, elle paralyse la liberté d'action d'autre part. En sauvegardant les intérêts de l'individu atteint d'aliénation mentale, c'est-à-dire d'un individu dont les sentiments sociaux et familiaux sont complètement éteints; qui est incapable de remplir ses devoirs d'époux, de père ou de mère, de famille, et qui ne laisse plus subsister le moindre espoir de recouvrer jamais cette aptitude, on dépouille l'autre conjoint des droits qu'il peut revendiquer à la vie en vertu de sa naissance survenue en dépit de sa volonté, et on l'enchaîne, pour toute sa jeunesse éventuellement, voire tout au long d'une vie entière à un être qui n'est plus qu'un mort vivant. On lui ligote les mains pour l'empêcher de jouir des joies de la famille; on met obstacle à ce que ce conjoint engendre et élève des enfants qui seraient peut-être capables de rendre des services signalés à la patrie et on le contraint, en dernière analyse, à se jeter dans les bras du concubinage. En vertu même de son caractère, comme par suite de la multiplicité de ses formes, l'aliénation mentale ne saurait être considérée comme l'équivalent des autres maladies physiques; et il en est ainsi alors même que l'on veuille faire abstraction de sa durée qui est souvent fort longue, et que l'on consente à ne pas considérer qu'elle entraîne l'anéantissement complet de tout sentiment social et familial.

Il ne manque pas de moyens propres à garantir la protection et l'entretien de l'aliéné, conformément aux exigences posées par son état; au surplus, il demeurera, personnellement aussi indifférent à la façon dont on s'occupe de lui, qu'il l'est au point de vue de sa situation matrimoniale, situation qu'il n'est plus à même, soit de comprendre, soit d'apprécier. Pourquoi obliger alors l'autre conjoint à souffrir d'un état de choses qu'il ne mérite pas de subir ? C'est ainsi que l'on pourrait, par exemple, obliger le conjoint non aliéné à couvrir les frais d'entretien et d'internement de l'aliéné, si, toutefois, sa situation de fortune le permet. Et si, par contre, cette situation s'y oppose, c'est-à-dire qu'elle ne permet pas d'imposer à l'autre conjoint cette obligation, cette circonstance changera d'autant moins à l'état des choses, qu'en cas d'indigence les frais d'entretien sont de toutes façons à la charge de l'Etat. Puis, pour couper court à toute objection, l'entretien convenable de l'aliéné, ainsi que les soins dont il est susceptible, pourraient être assujettis au contrôle d'un curateur légalement désigné.

Au demeurant, je suis d'avis qu'il y aurait lien de tracer un cadre étroit au divorce prononcé pour cause d'aliénation mentale, et de l'entourer d'une forte circonvallation constituée par des conditions propres à donner toutes les garanties voulues. On stipulerait, par exemple, que le divorce pour cause d'aliénation mentale ne pourrait être prononcé que dans le cas où le conjoint aliéné serait atteint d'aliénation mentale incurable, et alors, même, dans le cas seulement où cette immobilité aurait été dûment constatée à la suite d'une observation de *plusieurs années* subie dans un asile d'aliénés, et si, au surplus, la demande en divorce est introduite par le conjoint non aliéné, ou par le curateur de l'aliéné. De cette façon, les cas de divorce pour cause d'aliénation mentale se trouveront, à n'en point douter, limités à un rayon suffisamment restreint; sans compter qu'une grande partie des conjoints s'abstiendront probablement de faire usage de ce droit qu'on leur aura conféré.

En ce qui me concerne personnellement, j'embrasse le point de vue défendu par MM. Maurice Violette et Maurice Colin. Et je le fais, parce qu'il répond à une nécessité de la vie, et parce qu'il est le seul équitable.

L'exercice de la médecine psychiatrique ne laisse pas de présenter de nombreux exemples tristes où l'impossibilité du divorce pour cause d'aliénation mentale a ruiné, non seulement la vie familiale du conjoint non aliéné, mais aussi tout son avenir par surcroît. Or, cette situation gratifie la société de deux membres socialement paralysés au lieu d'un seul. L'humanité a ses limites tracées, elle aussi, et j'estime que, dans un cas donné, il n'est pas admissible que, pour complaire à l'humanitarisme, on sectionne la vie d'une personne dans ses racines vitales même.

Agréez, Monsieur et très honoré confrère, l'assurance de ma parfaite haute considération.

Dr ERNEST-EMILE MORAVCSIK,
Professeur à la Faculté de Médecine
à l'Université de Budapest.

XXXI

Nous avons reçu de M. le Dr Antoine Marro, direttore del *R. Manicomio*, à Turin, l'étude ci-jointe :

L'ALIÉNATION MENTALE ET LE DIVORCE.

On n'a pas encore mis au juste point de vue l'influence du divorce dans l'économie sociale.

Les conditions qui en provoquèrent l'institution ont été pour la plupart de nature spéciale regardant le bien-être des époux et même celui des enfants nés de leur union.

Mais un autre ordre de considérations n'a pas encore été pris dûment en examen; et c'est l'influence que la dissolution du mariage peut et doit par elle-même exercer sur l'ensemble de la vie sociale par effet des conditions faites aux divorcés et aux fils qui en peuvent ensuite être engendrés.

Généralement, plusieurs considérations viennent plaider en sa faveur lorsque l'aliénation vient frapper un des époux.

Le député, M. Maurice Viollette remarque bien que les bases de la personnalité subissent dans la folie des altérations qui vont aboutir au changement plus ou moins complet de la personnalité même de l'aliéné. La mémoire des impressions anciennes, le miroir et l'essence de sa vie psychique passée, se trouble; des impressions nouvelles morbides viennent s'y mêler, des idées fausses s'éveillent; l'association de celles-ci avec les anciennes provoque des combinaisons absurdes, ce qui fait surgir une personnalité diverse, avec des tendances peut-être même opposées à celles qui devaient présider à l'état matrimonial.

Dans le mariage, on s'associe pour fonder une famille.

Le mariage suppose essentiellement deux conditions dans les époux, l'affection mutuelle fidèle, et la disposition à s'entr'aider pour jouir ensemble et supporter en commun les charges de la vie pour eux-mêmes et pour leurs enfants.

Lorsque l'aliénation mentale qui vient se développer dans un des époux atteint une certaine gravité et va se prolonger pendant des années; lorsqu'un état dégénératif bien prononcé, héréditaire ou acquis, est à sa base, on bien que des lésions organiques surviennent, on peut assurer que les changements dans la personnalité vont être permanents.

Une forme d'aliénation qui dure depuis trois ans peut être considérée comme telle, et légitimer le divorce; et même des particulières manifestations peuvent en abréger la durée pour proclamer la nécessité du divorce.

Le délire de la persécution systématisé est de telle nature, lorsqu'il est dirigé contre l'époux, parce que sous son empire la personne aliénée au lieu de l'affection et de la tendance au soutien de l'époux, est portée à lui faire sentir le poids de son ressentiment, et même, plusieurs fois, à attenter à sa vie.

C'est ainsi que toute forme d'aliénation mentale qui entraîne avec elle un délire contre l'époux, même lorsqu'elle n'atteint pas la durée de trois ans, mais qui pendant cette période s'est montrée récidivante, doit porter au divorce,

comme une conséquence directe du changement advenu dans l'époux malade, qui détruit les conditions essentielles du mariage lui-même.

Les considérations de la famille, des enfants procréés portent d'autres raisons pour l'établissement du divorce lorsque l'aliénation est venue frapper un des parents.

L'éducation des enfants ne peut que recevoir un grand dommage par la présence d'un parent dont le dérangement mental permanent ou intermittent vient se joindre à la tare héréditaire qu'il leur lègue pour rendre plus difficile l'éducation de ses fils et à compromettre l'état économique de la famille qui doit pourvoir à leur bien-être présent et futur.

A ces considérations qui regardent la famille des divorcés, il faut joindre celles qui intéressent l'économie sociale.

Il est certain que l'aliénation mentale figure parmi les causes les plus fréquentes de dégénération chez les fils.

Parmi les criminels, mes études m'ont donné que telle hérédité morbide arrivait au 43 o/o; chez les aliénés, elle ne s'est montrée pas beaucoup moindre, et les difficultés de bien connaître l'état des familles des aliénés laisse supposer qu'elle doit être encore plus forte.

Si la loi vient d'approuver le divorce en cas d'aliénation mentale et d'interdire des nouvelles noces aux aliénés divorcés, une source de dégéuération pour la société qui est à venir vient de tarir.

Un dernier avantage peut arriver à la société de la proclamation du divorce dans le cas d'aliénation d'un des époux; et l'avantage va beaucoup croître si le divorce vient frapper l'ivrognerie comme état préparatoire et même transitoire de folie lorsqu'elle se montre récidivante et rebelle à la correction, même si des mauvais traitements de la famille ne sont pas à craindre.

Dans le jeune âge, l'alcoolisme se manifeste de préférence chez l'homme, Le divorce, dans ce cas, vient reproduire les conditions favorables du choix de la femme dans la lutte sexuelle.

J'ai démontré dans ma *Puberté*, que dans le choix de la femme gît un des leviers les plus puissants pour le développement des vertus sociales et le progrès de la société.

L'activité de l'homme doit toujours être stimulée, pour qu'elle ne se lasse pas. Les armes que la puberté développe chez la femme; son amabilité par laquelle elle attire l'homme, le lie à elle et établit son empire sur lui, et sa retenue, forme de négativisme qu'elle déploie pour entretenir assez longtemps les amoureux et faire le choix de celui qui lui convient le mieux, sont les moyens les plus puissants pour l'éveiller et la soutenir.

Lorsque les tendances alcooliques vont prendre une telle violence à menacer l'intégrité de la vie mentale de l'homme, il restera toujours à la femme la facilité de reprendre ses anciennes armes contre lui; et lorsque son amabilité n'arrive plus à l'arracher au vice et le rappeler à la vertu, elle pourra éveiller son négativisme contre son indigne compagnon, pour le repousser; tandis qu'elle pourra porter un nouvel essor à l'activité de tout autre que ses charmes peuvent attirer et qu'elle jugera mieux digne de la posséder.

Dr Antonio Marro,
Direttore del *R. Manicomio*, Torino.

XXXII

M. le Dr L. Maupâté, médecin en chef à l'asile d'aliénées de Bailleul (Nord), nous communique la réponse ci-dessous à notre enquête sur l'Aliénation mentale et divorce :

Je suis hostile au divorce des aliénés (1).

(1) Soignant uniquement des aliénées, je supposerai en général que c'est la femme qui est internée, et l'homme qui demande le divorce ; mais ces remarques s'appliqueraient aussi bien au cas inverse.

Certes, bien navrante est la situation d'une personne dont le conjoint est interné. Normalement les deux époux doivent se partager les charges du ménage : l'homme gagnant par son travail de quoi subvenir aux besoins de toute la famille et la représentant officiellement; la femme vaquant aux soins du ménage, élevant les enfants, veillant par une sage économie à ce que tout soit conservé en bon état. Et quand, un des conjoints étant interné, l'autre doit, surmontant sa douleur, remplir, outre ses attributions habituelles, celles pour lesquelles il n'est pas fait, et s'occuper encore de l'époux malade, la situation devient déplorable. Si cet état devait se prolonger longtemps, mieux vaudrait souvent, *au simple point de vue des intérêts*, le veuvage qui rend la situation nette et permet des solutions définitives, sans laisser par exemple, la femme sous la tutelle officielle du mari interné ou sans recourir perpétuellement à d'administrateur provisoire, au mandataire spécial, pour éviter l'interdiction onéreuse et compliquée.

Quand le ménage est sans enfants (ou avec grands enfants), la situation, fort triste encore, est moins lamentable en général. Pourtant j'ai dans mon service (et nombre de mes collègues ont vu des cas analogues), une femme devenue aliénée la troisième nuit de ses noces; les troubles mentaux risquent d'être durables : si jamais le divorce peut être prononcé pour cause de folie, c'est en faveur de ce mari qui, sans avoir jamais connu les joies du ménage, sans avoir passé avec elle ces bonnes et ces mauvaises heures qui cimentent une union, doit rester lié pour toujours à cette femme, et ne peut même invoquer la non consommation du mariage. M. H. Lavedan, dans le « Duel », et d'autres écrivains avec moins de discrétion, supposent le cas d'une jeune femme qui, mariée à un vieux viveur devenu plus tard aliéné, ne veut pas céder à son amour pour un autre.

Pourtant il faut reconnaître que le mari d'une aliénée a souvent une part de responsabilité dans son propre malheur. La folie frappe surtout les prédisposés, et si cet homme s'était enquis sérieusement des antécédents de sa fiancée, ou si, les connaissant, il n'avait pas passé outre, il n'eût pas à déplorer plus tard de voir son existence liée à celle d'un être incapable de vivre normalement en liberté. Combien ai-je vu de femmes atteintes de psychose périodique, qui avaient déjà, avant leur mariage, subi un ou plusieurs internements! Combien épousent des hommes qu'elles ou leurs parents savent être des buveurs, et croient que cela passera avec le mariage! Combien d'hommes, sous le même prétexte, épousent une épileptique ou une hystérique, pensant que « le meilleur remède à cela, c'est un homme »! Une femme récemment admise dans mon service y avait déjà été internée avant son mariage et ne l'avait pas caché à son fiancé : si ignorant qu'on puisse être des lois de l'hérédité, cela eût pu lui donner à réfléchir; il eût appris que la mère s'était suicidée, que la sœur, le père et la grand-mère sont morts dans un asile. Un homme épouse pour sa dot une femme qu'il sait être une débile mentale; et quand plus tard, elle est internée, il me demande comment obtenir le divorce et « refaire sa vie ». Oui, bien pénible est la situation du mari d'une aliénée, et, malgré cela, certains continuent longtemps à prodiguer à la malade de touchantes preuves d'affection; mais combien, plus nombreux, s'en désintéressent complètement, ne viennent jamais la voir, ne demandent même pas de ses nouvelles! Quel intérêt méritent ces égoïstes?

Mais il y a plus : la folie peut être la résultante précisément, du mariage, ou être provoquée par le conjoint qui restera sain d'esprit; et ce dernier serait alors mal venu à s'en prévaloir pour réclamer le divorce. Elle peut être liée à la grossesse, à l'accouchement, à l'allaitement, aux mauvais traitements du conjoint; à la syphilis du mari, qui reste sain d'esprit alors que sa femme, contaminée par lui, devient paralytique générale.

Quand, en 1884, on voulut faire figurer l'aliénation mentale parmi les causes de divorce, la Chambre des députés estima avec son rapporteur, M. Léon Renault « que la maladie qui frappe l'un des conjoints, quelle qu'en puisse être la gravité, ne peut jamais être de nature à dégager l'autre époux des obligations d'aide et d'assistance réciproques qui sont le fondement et l'honneur mêmes du mariage tel qu'il a été institué dans notre Code ». Cette idée ne saurait être mieux développée qu'elle ne l'a été par M. Viollette lui-même.

Mais, objecte-t-il aussitôt, l'aliénation mentale est une maladie d'un genre bien spécial, qui fait évanouir la personnalité et la transforme en celle d'un automate, d'un étranger ou d'un ennemi. C'est exact parfois, mais pas toujours; et bien des malades, même après de nombreuses années d'internement, sont très sensibles aux visites, aux lettres et aux attentions de leurs parents. Que de femmes se plaignent à juste titre de l'égoïsme de leur mari qui n'a pas attendu quelques mois pour se désintéresser d'elles et qui les laisse sans nouvelles de leurs enfants! Cet égoïsme, est-il juste de le consacrer par le divorce?

On ne force, il est vrai, personne à le demander, et seuls profiteront de cette faculté ceux qui, sans cela, auraient vécu dans l'adultère. Mais ce sont précisément ceux-là que la loi ne doit pas encourager à faillir à leurs devoirs; il serait logique, au moins de réserver le divorce (s'il ne soulevait d'autres obligations), à ceux qui, après avoir témoigné pendant des années beaucoup d'affection ou d'intérêt à leur conjoint interné, se découragent, à la fin, de rencontrer toujours en lui un automate, un étranger ou un ennemi. Sans vouloir sacrifier au malade le conjoint sain d'esprit, il ne faut pas oublier que l'aliéné, en dépit même des mesures édictées par la loi pour le protéger, ne peut se défendre et que ses intérêts sont presque toujours sacrifiés, étant représentés en général par des indifférents.

Si un aliéné dont le conjoint avait obtenu le divorce venait à guérir, quelle triste situation pour lui! Pour parer à ce danger, on propose de n'accorder le divorce que si, l'internement ayant duré plusieurs années, les troubles mentaux peuvent être regardés comme incurables. Mais, comme le fait remarquer M. Dupré, la Société de Médecine légale s'est occupée de la question il y a quelques années, et, après de longues discussions il fut reconnu qu'il n'y avait pas de signes certains d'incurabilité. Or, le divorce ne doit pas être motivé par un pronostic sujet à erreur.

Certains aliénés ne guérissent pas, et 50 o/o des malades entrés à l'asile n'en sortent pas. Mais c'est un simple fait, et (sans passer en revue toutes les maladies mentales, dans les démences et la débilité mentale, maladies incurables en principe, les troubles qui attirent l'attention et qui, la plupart du temps, motivent l'internement (excitation, dépression, délires, obtusion intellectuelle même), sont précisément des phénomènes surajoutés, de nature toxique ou congestive qui, en disparaissant, laissent dans les cas moyens une simple diminution ou (faiblesse) de l'activité psychique et du jugement qui peut n'être pas incompatible avec la vie en liberté, sous certaines réserves; des intoxications peuvent causer des syndromes morbides analogues aux démences. Les délires systématisés aussi, sont souvent incurables; mais, par suite même de son évolution le délire se transforme fréquemment, ou les réactions dangereuses qui avaient motivé l'internement s'atténuent au point de rendre possible, au bout de longues années, le retour à la liberté (et même dans sa famille) de l'aliéné qui, sans être complètement guéri, est du moins amélioré au point de vue social. Personnellement j'ai eu l'occasion de faire remettre en liberté, après dix-sept ans d'internement, une femme qui avait été fort délirante, incohérente

et excitée, et qui, redevenue calme et lucide, a pu tenir sa place à son foyer, aidée par son mari et ses enfants. Une autre malade qui s'était, pendant plus de neuf ans, montrée excitée, irritable et indocile finit par se calmer durant un an et fut mise en liberté; mais son mari qui depuis de nombreuses années ne s'occupait plus d'elle et entretenait une concubine au domicile conjugal refusa d'y recevoir sa femme; et cela ainsi que la douleur de voir ses enfants (que son mari n'avait jamais conduits la voir) la traiter en étrangère, contribua à causer une rechute qui eût pu être évitée ou retardée si le mari avait fait son devoir, simplement selon le Code.

On ne peut donc jamais affirmer l'incurabilité d'un aliéné. Il ne s'agit pas, nécessairement ici, de la guérison complète, du retour au *statu quo ante morbum*; nous ne sommes pas dans le domaine de la pathologie. Mais, au point de vue social, on n'est pas absolument certain, en pratique, malgré de grandes présomptions, qu'un aliéné interné depuis plusieurs années ne pourra pas un jour, si son conjoint y met un peu de bonne volonté, reprendre sa place au foyer conjugal et s'acquitter de sa tâche, sinon parfaitement, tout au moins de façon acceptable et mieux que beaucoup de gens qui ne sont pas internés.

Je n'accepte pas le rapprochement qu'on a tenté de faire entre l'interdiction et le divorce des aliénés sous prétexte que tous deux pourraient être prononcés contre un individu qui est dans un état habituel d'imbécillité, de démence ou de fureur, même lorsque cet état présente des intervalles lucides, car « l'interdiction cesse avec les causes qui l'ont déterminée», alors que si un aliéné remis en liberté trouve son conjoint remarié, il reste divorcé, et, en somme, puni bien qu'innocent.

Sans recourir au divorce on pourrait augmenter la capacité civile du conjoint d'un aliéné interné depuis plusieurs années, lui donner pour la gestion des biens les droits qu'il aurait s'il était veuf ou divorcé, etc.

Dr L. Maupaté,
Médecin en chef de l'Asile d'Aliénés de Bailleul (Nord).

XXXIII

M. le Dr Arturo Giné y Marriera, medico director del Manicomio de Nueva Belen à Barcelone, nous écrit :

Le 21 mai 1911.

M. le Dr Lucien Graux, directeur de la *Gazette Médicale de Paris*.

Monsieur le Directeur,

Je dois vous remercier du haut honneur que vous m'avez fait en me demandant mon opinion au sujet de la question « Aliénation mentale comme cause de divorce». Puisque vous me flattez ainsi, malgré mon insignifiance, je m'empresse de vous envoyer ci-joint les réflexions que j'ai faites après avoir lu avec le plus grand intérêt les autorisées opinions qui ont paru dans votre journal.

Au premier abord, je me hâte de dire que les humbles idées que je vais exposer vont se rapporter aux pays dont la législation admet le divorce d'après la vraie signification de la parole et nullement à l'Espagne puisque la législation de notre pays, étant essentiellement chrétienne, et le mariage étant avant tout et surtout une institution élevée au rang de sacrement chrétien, le divorce ne signifie pas comme en France, Allemagne, Suisse, etc., la rupture, la cessation du lien matrimonial, mais seulement la séparation des deux conjoints lesquels seront soumis à beaucoup de devoirs et auront plusieurs droits, d'après les conditions qui auront présidé à l'obtention du divorce, mais non pas en laissant aux divorcés la liberté de contracter de nouveaux liens.

Or, les demandes en divorce indiquant comme cause la folie de l'un des conjoints peuvent obéir à deux sortes d'idéals un peu semblants peut-être, mais non pas identiques : ou bien l'objectif sera pur et simplement l'obtention de la rupture du lien, qui dans beaucoup de cas est un vrai joug (voir un grand nombre de formes des folies dites raisonnantes, délires d'interprétation, etc.), qui font impossible ou intolérable la vie en commun; ou bien l'idée qui conduit à la demande en divorce est la libération du conjoint sain pour obtenir sans honte pour la morale le droit de satisfaire le besoin de nouvelles relations sexuelles ce qui, comme dit très justement le Dr Vahl, de l'Asile de Pontorson, est bien plus préférable que « le conjoint devenu libre, puisse se fonder une nouvelle famille plutôt que de vivre dans l'adultère et le concubinage ».

Pour ma part, je ne vois pas d'inconvénient à admettre que l'aliénation mentale incurable soit admise comme cause de divorce surtout parce que tout en étant cette aliénation une maladie, et partant un des risques du mariage, je pense, d'accord avec M. Maurice Viollette, que le caractère tout spécial des modifications que la maladie fait subir à la personnalité du malade (*alienus*) sont de qualité suffisante à faire admettre une différenciation entre cette maladie et autres infirmités qui peuvent survenir comme risques fréquents du mariage.

En réalité, il s'agit « de la disparition, sans retour possible.... de la personnalité intellectuelle et morale» et il s'ensuit certainement qu'ici, comme dans le cas de mort civile par condamnation de droit commun, « le conjoint n'avait pas pu envisager au moment du mariage de consentir à lier son sort à celui d'un homme rejeté du ban de la société» et dans l'espèce, d'une personne à laquelle la maladie toute spéciale a « rejeté en dehors du milieu social... Le consentement échangé au jour du mariage n'avait pas pu envisager une aussi lamentable éventualité». C'est juste.

Certes, elle est profonde l'émotion que font naître les paroles du professeur P.-J. Lucas, de la Faculté de Dijon, quand il dit : « Si on accorde droit d'asile à la fidélité en faveur de la mémoire d'un défunt, pourquoi refuserait-on cette prérogative au souvenir aboli d'un aliéné?... Et si l'on autorise les larmes à se répandre sur le premier, pourquoi refuserait-on à une pitié constante de s'étendre sur l'autre? »

Mais ici il se mêle une question de sentiment de laquelle, paraît-il, devrait ne pas avoir grand compte le législateur. En effet, admettre l'aliénation mentale comme une des causes à invoquer en demande de divorce, ce n'est pas certainement obliger le conjoint sain à le demander dans tous les cas, même dans ceux dans lesquels la maladie est irrévocablement incurable, mais seulement lui donner le droit de le faire; et si l'altération, chez l'un des conjoints, de ses facultés intellectuelles vient à être « pour l'autre une occasion de dévouement, d'abnégation, de sacrifice, de soulagement et de consolation » il n'y aurait, à coup sûr, rien qui l'en empêche. Mais si, au contraire, l'époux *sain d'esprit* vient à trouver que l'autre, par le fait de l'aliénation, est devenu non seulement un étranger, souvent un ennemi, même aussi « un fardeau trop lourd dont il veut se décharger», je crois, puisqu'il s'agit dans l'espèce de se libérer *de droit* du lien qui le maintient uni à un être qui n'est plus le même, duquel il se sent à tout jamais séparé *de fait*, je crois qu'il serait juste de lui accorder le droit de le faire, bien entendu, tout en l'obligeant à pourvoir à la subsistance du malade quand il le pourra, et à cet effet peut-être suffirait le complément de l'article 301 du Code civil, d'après la proposition de loi de M. le député Colin, en soumettant « celui des conjoints qui a demandé et obtenu le divorce aux obligations dont il serait tenu si le divorce avait été prononcé contre lui par une des causes visées par les articles 229 à 233 du Code civil».

Quant à la question de décider si oui ou non les médecins, même les psychiatres, sont à même d'affirmer avec certitude l'incurabilité de la maladie mentale dont il s'agit, je pense qu'il y aura peut-être des cas dans lesquels le jugement pronostic aura pu se tromper, mais ces cas seront plutôt des exceptions puisque malheureusement l'incurabilité du grand nombre de formes de folie qui durent depuis des années ne peut être affirmée que trop souvent sans crainte de se voir démentie.

Dr A. Giné Marriera,
M. Director del Manicomio Nueva Belen, Barcelona.

XXXIV

Nous avons reçu de M. le Dr Masselon, médecin de l'asile d'aliénés de Dun-sur-Auron (Cher), la réponse ci-dessous :

Dun, le 17 mai 1911.

Monsieur et cher confrère,

Je vous envoie ci-joint ma réponse à votre question. Vous voudrez bien et surtout vos lecteurs voudront bien en excuser l'insuffisance et les lacunes. C'est une opinion, rien qu'une opinion. Ma compétence n'est pas assez grande et mon expérience assez longue pour que j'aie la prétention d'étayer sur des preuves indestructibles ce qui n'est qu'une vue très générale inspirée par les quelques faits que j'ai pu observer.

Les faits sont nombreux qui militent en faveur de l'admission de l'aliénation mentale parmi les motifs de divorce et chacun de nous a pu maintes fois constater les résultats lamentables d'une loi qui rive éternellement un être jeune, sain et vigoureux à un dégénéré ou à un dément. Notre rôle d'aliéniste, le juste intérêt que nous portons aux malades qui sont confiés à nos soins ne doivent pas nous faire perdre de vue l'intérêt supérieur de la société et de la vie.

Le droit de l'homme normal prime celui du malade et c'est le devoir d'un état policé de protéger l'être bien équilibré contre le déséquilibré et les tares mentales. Par-dessus tout enfin, la société doit être défendue contre tous ceux de ses membres qui ne sont plus capables de lui donner des générations d'individus sains. Notre époque n'est pas assez riche en énergie et en force pour que nous l'affaiblissions encore en rendant indissolubles des unions qui portent en elles des germes d'appauvrissement et de mort.

Aussi, tout bien considéré, serais-je disposé à mettre sans condition l'aliénation mentale au nombre des motifs de divorce. Pourquoi ce délai de trois ans que veulent imposer aux bénéficiaires du projet de loi, nombre de ses partisans? Pourquoi exiger l'incurabilité? Comment la fixera-t-on, où commencera-t-elle? Entre les cas de démence absolue et ceux de guérison complète on peut observer tous les intermédiaires. Dans quelles limites l'affaiblissement intellectuel sera-t-il jugé compatible avec la vie conjugale? A partir de quel degré le déclarera-t-on incurable?

Voici par exemple un malade qui est entré à l'asile pour un accès de confusion, il s'est amélioré, il est guéri dit-on, il sort et l'on s'aperçoit bien vite qu'il est devenu fantasque, irritable, qu'il est incapable de se livrer à un travail régulier et que ses sautes d'humeur, son excitabilité ou bien son apathie, son indifférence en font un être tout différent de celui qu'il était autrefois. Cet aliéné est devenu un affaibli qui n'est plus justifiable de l'asile mais qui n'en a pas moins perdu toute valeur sociale et conjugale. Est-ce là un incurable? Devons-nous admettre son conjoint au bénéfice de la loi de divorce?

Voici un autre individu, dégénéré sans doute, mais dont les tares n'ont encore frappé personne au moment du mariage, qui tout à coup fait un accès d'excitation maniaque. On l'interne et sous l'influence de l'isolement ou d'autres causes qu'il nous est bien difficile de déterminer, il guérit, il sort de l'asile, il reprend la vie com-

mune, normal en apparente. Six mois, un an, quelques années s'écoulent, un nouvel accès se déclare qui nécessite un nouvel internement. Au bout d'un temps plus ou moins long les phénomènes s'amendent jusqu'au jour prochain où un nouvel accès lui enlèvera de nouveau l'usage de ses facultés. Les accès se répètent ainsi toujours plus nombreux laissant entre eux des intervalles de lucidité plus courts mais n'entraînant jamais une déchéance intellectuelle irrémédiable, ne permettant jamais de dire que l'on a devant soi un dément. Est-ce encore là un incurable, le divorce sera-t-il valable contre lui?

Les exemples sont innombrables. A côté du dément qui ne peut vivre en liberté, qui ne sortira jamais de l'asile il y a le simple affaibli qui peut vivre sans doute de la vie commune, mais dont la résistance est amoindrie et qui peut s'abandonner par intervalle à toutes les suggestions d'une humeur déséquilibrée et changeante. A côté de l'excité maniaque, du mélancolique, du persécuté chez lequel l'aliénation est évidente, il y a l'instable, l'obsédé, le cyclothymique, le paramiaque, dont l'état morbide n'est pas assez accentué pour permettre l'entrée à l'asile, mais qui n'en reste pas moins un malade dont le caractère fantasque, chagrin, jaloux, irritable fait toujours un compagnon odieux, souvent même dangereux pour ceux qui vivent à ses côtés.

Dans ces cas, où commencera l'aliénation légale, et quand l'aliénation est également reconnue où commencera l'incurabilité?

Il me semble que la question des rapports de l'aliénation mentale et du divorce comporte deux points de vue à envisager suivant que le malade est ou n'est pas en liberté.

1° Le malade est en liberté. C'est un persécuté par exemple, dont le délire fondé sur des interprétations encore vraisemblables n'est pas assez évident pour justifier l'internement; c'est un cyclothymique qui fait montre d'une humeur intraitable; c'est un maniaque raisonnant qui, par son caractère jaloux et méchant rend à son conjoint la vie impossible, c'est un obsédé qui a commis des sévices sur sa femme et qui, sous l'influence de ses idées obsédantes est capable d'actions dangereuses. Pourquoi dans tous ces cas le conjoint ne serait-il pas admis au bénéfice de la loi actuelle du divorce, pourquoi conférer au malade une immunité que l'on refuse à ceux qui n'ont pas la chance d'être couverts par un certificat d'irresponsabilité. Il suffirait de ne pas introduire ici un concept tout métaphysique et de ne juger que sur des faits, c'est-à-dire sur les sévices et autres injures graves qui rendent à l'autre conjoint toute vie commune impossible. Dans ce cas l'aliénation mentale n'est pas fatalement une cause de divorce : mais elle ne doit pas être un obstacle au divorce.

2° Le malade est interné. L'aliénation mentale est-elle une cause de divorce? Je le crois avec la plupart des auteurs, mais dans quelles conditions? Il me semble que le législateur n'a pas à faire intervenir ici des notions scientifiques encore mal précisées et dans lesquelles la part d'interprétation est considérable. La notion d'incurabilité est sujette à de telles variations qu'elle ne peut être à juste titre invoquée, le délai de 3 ans n'est pas meilleur, car tel malade peut ne rester que 2 ans et demi à l'asile qui n'est plus apte à la vie conjugale.

En résumé, les raisons qui sont assez fortes pour priver un être quelconque de sa liberté sont également assez fortes pour délier son conjoint de tout engagement à son égard. Si l'on ne veut pas se heurter à des discussions sans fin ou à des complications inextricables il faut admettre que l'aliénation mentale est une cause de divorce quelle que soit sa nature, quelle que soit son intensité, quelle que soit sa durée.

R. MASSELOU,
Médecin de l'Asile d'Aliénés de Dun-s.-Auron (Cher).

XXXV

M. le Dr Hartenberg, de Paris, nous adresse la réponse ci-dessous :

Le principe du divorce pour aliénation mentale *incurable*, me paraît à peine discutable. Prétendre enchaîner par un texte de loi, jusqu'à la fin de ses jours, l'époux ou l'épouse à un individu dont la personnalité est morte, mutilée ou transfigurée, qui devra rester jusqu'à sa fin corporelle un hôte de l'asile, me semble une rigueur contraire à nos instinctifs sentiments d'indulgence humaine. Au malheur d'avoir perdu *moralement* l'être qu'on avait choisi comme compagnon d'existence, il ne faut pas joindre celui de demeurer jusqu'au bout le captif de cette ombre. Après une telle catastrophe, la victime qui reste seule doit avoir le droit de réparer sa vie.

Sans doute, l'aliéné est digne d'intérêt et de compassion. Mais si l'on se souvient que le plus souvent sa folie est le produit de l'hérédité ou de ses propres fautes, on ne peut s'empêcher de penser que le conjoint sain d'esprit a été quelque peu dupe et lésé dans le marché qu'est le mariage. Nous savons avec quel soin dans les familles on cache les tares ancestrales.

Et puis, à quoi servirait pratiquement à l'aliéné, enfermé derrière les murs de son quartier de posséder encore une femme, un mari? Le divorce en revanche, aurait l'avantage de supprimer maints concubinages ou liaisons irrégulières.

Du reste, le divorce même possible, n'empêchera pas les âmes sentimentales et désintéressées de s'y refuser, de demeurer fidèles au souvenir.

Dr P. HARTENBERG,
de Paris.

(*A suivre.*)

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

Deux cas de kyste de l'ovaire, par le Dr LORY (de Sfax).

Dernièrement j'ai eu l'occasion d'opérer pour kyste de l'ovaire deux femmes arabes dont les observations sont, à plus d'un titre, intéressantes.

I. — Femme de 25 ans, multipare ; il y a six ans, le septième jour après un accouchement — c'était le troisième — légère douleur dans le bas-ventre et à gauche, constatation d'une tumeur à ce niveau ; cet incident fut vraisemblablement dû à la torsion du pédicule.

Pendant longtemps la tumeur se développe sans aucun phénomène remarquable. Mais il y a trois ans, au cours d'une nouvelle grossesse, les mêmes douleurs que précédemment réapparaissent avec en plus des signes de compression (difficultés pour uriner, évacuer des gaz ou aller à la selle), puis tout rentre dans l'ordre rapidement. Un mois après, mêmes phénomènes durant deux jours, et par la suite tous les mois ou même plus souvent. Ces derniers temps les crises revenaient tous les dix jours et trois ou quatre jours chaque fois, d'où perte de l'appétit et amaigrissement considérable, contrastant avec le ventre qui augmentait toujours.

En dehors des grossesses, *règles toujours régulières et normales.*

A l'examen : ventre saillant surtout au voisinage de l'ombilic, tumeur lisse, régulière et sphérique, très mobile et rénitente, remontant à quatre travers de doigts au-dessus de l'ombilic. Sensation de flot et matité partout la même dans toute l'étendue de la tumeur.

Laparotomie : Incision médiane partant presque du pubis et remontant au-dessus de l'ombilic pour permettre l'extraction du kyste sans avoir à le ponctionner, bien que son volume soit supérieur à celui d'une tête d'adulte.

Malgré la grande mobilité de la tumeur constatée au palper abdominal il y avait de nombreuses adhérences pariétales et épiploïques : les adhérences pariétales, en particulier formaient des bandelettes peu épaisses, mais très résistantes, larges de 5 à 6 centimètres, longues de 8 à 10, longueurs qui permettaient le déplacement de la tumeur, lors de l'examen.

Le pédicule du kyste était *tordu deux fois* sur son axe, torsion peu serrée toutefois. Après déroulement de ce pédicule, je termine l'opération suivant la technique que j'ai vu appliquer récemment à Paris par le professeur Lejars.

Le contenu de ce kyste, *uniloculaire et sans vestige de cloisons*, était un liquide couleur chocolat.

II. — Femme de 50 ans, dans un état encore plus précaire que la précédente.

Sa tumeur date de quatre ans, et a débuté également dans le bas-ventre, mais à droite. Il y a huit mois, début d'ascite : l'abdomen, déjà très volumineux, commence à prendre et rapidement des proportions démesurées en comparaison de celles de la tumeur.

Malgré neuf ponctions, la malade ne guérit pas, mais s'affaiblit de jour en jour : c'est alors qu'elle vient me consulter.

Par ponction, je retire 10 litres d'un liquide clair, légèrement citrin, renfermant une grande quantité d'albumine. L'examen du ventre, devenant alors plus facile, permet de reconnaître plusieurs bosselures surtout prononcées à droite et fait penser à un kyste multiloculaire de l'ovaire droit.

L'opération est décidée en principe.

Dix jours après la ponction, même état qu'antérieurement : ventre aussi gros, aussi dur, avec matité partout d'un flanc à l'autre et du sternum au pubis.

Cinq jours plus tard, opération, mais au préalable le liquide ascitique est retiré par ponction : il a le même caractère et la même abondance que la première fois.

Après incision médiane sous-ombilicale, la tumeur apparaît avec ses bosselures ; toutefois, les bosselures, très appréciables au palper abdominal, étaient en réalité bien moins apparentes que ne le laissait supposer l'examen antérieur.

Quoi qu'il en soit, les dimensions de la tumeur étaient considérables, puisque celle-ci, grosse comme trois fois le volume d'une tête d'adulte, occupait tout l'abdomen, avoisinait le diaphragme et était en contact avec le foie. Ce contact était tel qu'à une première exploration, ne pouvant passer la main entre les deux organes, je me demandai un instant si le foie n'était pas en cause. Mais après ruptures, d'ailleurs très faciles, des adhérences pariétales et diaphragmatiques, il devient relativement aisé de rompre les adhérences hépathiques et d'extérioriser le kyste ovarien.

En raison d'un léger suintement sanguin, un drain est mis par précaution dans le Douglas ; il fut d'ailleurs retiré le quatrième jour sans inconvénient ultérieur.

La tumeur était formée de plusieurs kystes de diverses grosseurs, renfermant un liquide citrin et filant.

Ces deux cas de kystes de l'ovaire méritent de retenir l'attention sur certains points. Tout d'abord, du côté de la menstruation, il est classique de considérer les règles comme irrégulières, retardées, voire supprimées ; or rien de cela chez la première malade : les règles sont absolument normales en qualité et quantité. De plus, aucun trouble digestif : ni vomissements, ni nausées, ni même simples douleurs gastriques.

La partie la plus intéressante de cette première observation est assurément la double torsion du pédicule ovarien. L'histoire clinique en est très nette : il y a six ans, le septième jour après un accouchement, pendant l'involution

utérine *première torsion* de la tumeur. Trois ans plus tard, nouvelle grossesse ; l'utérus, pour se développer, repousse la tumeur, d'où *seconde torsion*, qui cette fois se complique de signes de compression. Or, ces nouveaux symptômes vont, après l'accouchement, réapparaître et de plus en plus souvent, ce qui indique que l'utérus gravide n'était pas en cause, mais uniquement le kyste. Et ce ne fut qu'après cette double torsion que se constituèrent les solides adhérences constatées à l'opération. Quant aux périodes de crises douloureuses, elles correspondent à une constriction passagère du pédicule, et leur disparition témoigne d'un relâchement au niveau de l'étranglement.

J'ajoute que cette femme était enceinte d'environ un mois et demi lors de l'opération. Or, si, en raison des adhérences, une nouvelle torsion du pédicule n'était plus possible ultérieurement sous la poussée de l'utérus gravide, il n'en est pas moins vrai qu'un étranglement prolongé ou même une rupture du kyste aurait pu se produire et assombrir singulièrement le pronostic.

Une dernière particularité de ce cas, c'est que la tumeur, à paroi très mince, formait une seule poche. En raison de la rareté des kystes vraiment uniloculaires, je l'examinai minutieusement, mais ne pus relever aucune trace de cloisonnement, aucune logette dans la paroi : on était bien en présence d'un kyste purement *uniloculaire*.

Dans la deuxième observation il n'y a guère à retenir que deux choses : la reproduction rapide du liquide ascitique et surtout le volume considérable de la tumeur qui, du fait de ses dimensions, donnait à la percussion une matité absolue non seulement sur la ligne médiane et les parties voisines, mais encore au niveau des flancs et de la région épigastrique.

Après l'intervention, les deux opérées furent placées en position déclive, position encore exagérée les jours suivants, et cela non seulement pour éviter — ou au moins atténuer si elles se produisaient — les complications pulmonaires et péritonéales, mais aussi pour obtenir un lever précoce, dont les avantages en pareils cas ne sont plus discutables. (*Tunisie médicale.*)

REVUE D'HYGIÈNE COLONIALE

Les acariens et les maladies qu'ils transportent, par Viron (*Union pharm.*)

Parmi les Acariens, le groupe des Ixodidés ou Tiques est devenu depuis une dizaine d'années le sujet de nombreuses et actives recherches, car on a reconnu que ces animaux sont des agents de propagation de plusieurs maladies redoutables.

L'*Ixode ricinus*, désigné vulgairement sous le nom de Tique du chien : Rouanne, Rouenne, Bredin, vivent dans les bois et s'attachent aux mammifères qui passent à leur portée, sauf les rongeurs, non pas qu'il dédaignerait le sang de ceux-ci, mais parce que les rongeurs finissent toujours par le déloger et le manger. D'autres Ixodidés, tels que la Tique du Chien d'Egypte, *Rhipicephalus sanguineus*, ne se fixent que sur le chien. Les mâles ne prennent aucune nourriture, ou sucent pendant quelques heures seulement ; les femelles se gorgent de sang pendant huit à quatorze jours. Une semaine environ après s'être détachée de son hôte, la femelle pond des œufs, puis meurt.

Les Ixodidés font trois repas et passent par deux mues. Avec chaque repas ils changent d'hôte. Seul, le *Boophilus annulatus*, qui propage la fièvre du Texas, passe toute sa vie sur le même hôte.

Les Argas diffèrent des Ixodes par leur rostre très court et leurs pattes sans disques adhésifs. Une seule, l'*Argas reflexus*, est indigène ; elle peut s'attacher à l'homme, mais elle est, en général, sans danger.

Chez ces acariens, le mode de vie est différent. La larve de l'*Argas persicus* suce pendant cinq jours. La nymphe prend des habitudes nocturnes ; elle se fixe sur sa victime le soir, suce pendant quelques heures et se détache à l'aurore. Une nymphe d'*Argas persicus*, mise en observation par le docteur Samson, a fait ainsi, dans l'espace de deux mois et demi, trois repas et a mué aussi six fois. Après chaque repas, la femelle pond un petit paquet d'œufs. L'Argas s'attaque en général aux oiseaux, mais parfois aussi à l'homme. L'*Ornithodros moubala*, qui transmet la fièvre récurrente, en est un exemple. L'*Argas reflexus*, signalé antérieurement, était autrefois fréquent en Allemagne, aujourd'hui il y est presque complètement exterminé. Si on le rencontre encore, c'est qu'il a la vie très dure. L'animal adulte peut rester en vie, sans prendre aucune nourriture, quatre à cinq ans ; dès qu'il arrive à se fixer, il suce du sang et pond des œufs.

Les Ixodidés et les Argasidés ne transportent pas les mêmes agents infectieux. Les premiers transportent les Piroplasmes, protozoaires qui vivent des globules rouges du sang des mammifères ; les seconds, des Spirochètes. Le mode de propagation est très simple : pendant que l'animal suce le sang, sa salive contaminée par des parasites puisés chez un hôte précédent qui était atteint d'une maladie infectieuse, s'écoule dans la plaie. Les Piroplasmes, après avoir pénétré dans le sang du nouvel hôte, s'y multiplient avec une extrême rapidité, et l'animal, anémié, finit par succomber.

Une des Piroplasmoses les plus redoutables est la fièvre du Texas qui sévit sur le bétail, en Amérique. Dans les Etats-Unis, les pertes atteignent jusqu'à 8 millions de livres par an. En Allemagne, l'*Ixodes ricinus* propage une autre maladie du bétail, l'hémoglobinurie, moins redoutable d'ailleurs, et qui tend à disparaître avec l'assèchement des prairies humides, l'*Ixodes* ne pouvant subsister que dans des régions humides.

Les Argas sont les agents provocateurs d'une spirillose des oiseaux, qui sévit surtout en Australie, en Amérique et au Cap. La fièvre récurrente de l'homme est également une spirillose ; en Afrique occidentale, où elle affecte la forme la plus maligne, elle est propagée par l'*Ornithrodoros moubala*. On a constaté expérimentalement que quand une femelle d'*Ornithodoros* a sucé le sang d'un animal malade, sa progéniture, bien que nourrie par du sang non infecté, et même la troisième génération, est encore capable de contaminer son hôte. Les Ixodidés, par contre, lorsqu'ils ont fait un repas sur un animal bien portant, se purifient en quelque sorte et deviennent inoffensifs. Ce phénomène est dû à ce qu'après chaque repas ils expulsent, avec les produits d'excrétion, les cellules formant le revêtement du tube digestif et qui étaient gorgées de sang. Un fait très remarquable est que, aussi bien les Ixodes que les Argas renferment, dans leur salive, un ferment qui empêche la coagulation du sang. On voit tout de suite l'importance de ce ferment : grâce à lui, le sang qui s'écoule de la plaie ne se coagule pas et l'animal peut l'aspirer aussi longtemps qu'il le veut. Souvent il a été question de l'action toxique de la morsure des Argas, mais ces faits sont isolés, et il paraît qu'il n'y a que certaines personnes qui auraient une sorte d'idiosyncrasie vis-à-vis des Tiques et qui, après la morsure, présenteraient des phénomènes d'empoisonnement.

La piqûre des Tiques est cependant assez douloureuse et peut déterminer une vive démangeaison ; elle laisse une induration qui persiste quelquefois très longtemps.

Pour se débarrasser de ces Acariens on ne doit pas essayer de tirer sur l'animal, car le rostre se détacherait et laisserait au point piqué un corps étranger susceptible de déterminer une inflammation locale assez grave.

Il faudrait le toucher avec une goutte d'essence de térébenthine ou de pétrole qui ferait détacher l'animal de lui-même.

Rappelons que certains Tiques du genre *Margarous* sont les agents de transmission des piroplasmes de différents animaux domestiques (bœuf, cheval, mouton, chien).

Lorsque des troupeaux infestés d'Ixodes sont un danger pour l'homme, Lahylle conseille de baigner tous les huit jours ces animaux dans le bain suivant :

Anhydride arsénieux	2 grammes
Soude hydratée	2 —
Savon noir	3 —
Kérosène	4 à 5 gr.
Eau	1 litre

Si c'est un chenil qui est infesté par les Tiques on a conseillé, pour les détruire, de faire des fumigations sulfureuses après avoir bouché avec beaucoup de soins toutes les ouvertures.

REVUE DES THÈSES

La hanche à ressort, par le Dr René Cluzeau (Thèse Bordeaux).

Le docteur René Cluzeau (de Bordeaux) vient de consacrer sa thèse inaugurale à la « Hanche à ressort », qui n'avait fait jusqu'ici l'objet que de monographies isolées. Son travail, qui étudie d'une façon très complète cette question et particulièrement la physionomie clinique et la pathogénie du phénomène, est à la fois une revue d'ensemble et une étude critique, basée sur ses recherches anatomiques, ses expériences cadavériques et son expérimentation sur lui-même.

La « H. à R. » qui date en réalité de 1859, a été mise en vedette par Ferraton, en 1905. Le docteur Rocher (de Bordeaux), a publié en 1910, dans le journal de Médecine de Bordeaux et en mars 1911 dans la *Gazette des Hôpitaux*, deux importants travaux ; en Allemagne, cette question a suscité de nombreux articles.

Au point de vue clinique, la « H. à R. » est caractérisée par le ressaut d'une bande fibro-tendineuse sur un obstacle trochantérien, ressaut perceptible à la vue, au tact et à l'oreille C'est un phénomène superficiel, extra-articulaire : la « H. à R. » n'est donc pas une articulation à ressort. Le ressaut se manifeste principalement dans les mouvements de flexion et d'extension coxo-fémorale, et aussi dans les mouvements de rotation du bassin sur la cuisse. Ces changements d'attitude provoquent le déplacement réciproque de la bande fibro-tendineuse et de la saillie trochantérienne, de façon à produire un ressaut bruyant, parfois unique, le plus souvent double ; dans ce dernier cas, les deux ressauts (aller-flexion ; retour-extension) sont égaux ou inégaux comme intensité de production et de bruit.

Quelle est la nature de la bande qui ressaute ? Pour les auteurs allemands en général, c'est l'aponévrose fascia lata ou ses dépendances (bandelette de Maissiat ; tractus cristo-fémoral). Pour la plupart des auteurs français, c'est le muscle fessier et son tendon.

Dans ses recherches anatomiques sur le grand fessier et le grand trochanter, à propos de la pathogénie de la « H. à R. », le docteur Rocher a montré que les fibres musculaires de la moitié supérieure du grand fessier se jettent sur une lame tendineuse triangulaire, qui, intimement unis aux feuillets de dédoublement du fascia lata, forme parfois au niveau de son bord antérieur un épaississement cylindroïde, une bande fibro-tendineuse très mani-

fesse. Avec le docteur Rocher, le docteur Cluzeau admet que le ressaut particulier à la « H. à R. » est dû au déclanchement de cette bande fibro-tendineuse. Il base son affirmation sur les résultats de ses recherches anatomiques qui lui ont prouvé que la lame tendineuse triangulaire du fessier recouvre la face externe du trochanter à l'exclusion des fibres musculaires, de telle sorte que c'est bien le bord antérieur de cette bande tendineuse et non le bord musculaire du fessier qui ressaute dans la « H. à R. ».

L'obstacle trochantérien est constitué par la saillie totale ou partielle du trochanter : totale, si cette apophyse a subi une hypertrophie générale, ou si l'allongement du col fémoral la rejette en dehors; partielle, par suite du développement exagéré du tubercule tranchantérien ou du développement anormal d'exostoses ostéogénétiques. Parfois, l'obstacle est formé, de par l'attitude du membre, par le bord postérieur du trochanter.

Ce phénomène est une particularité fonctionnelle de la hanche et non point un état pathologique. D'abord involontaire, inconscient, il devient bientôt soumis à l'action de la volonté et revêt sous son influence et sous celle de l'éducation une physionomie clinique beaucoup plus nette. Il est même possible, dans certains cas, de faire apparaître volontairement par l'éducation seule la « H. à R. », comme le prouve l'auto-observation de l'auteur.

Le diagnostic de la « H. à R. » avec la luxation est important pour les médecins civils et militaires : car ce phénomène a été très exploité par les ouvriers et les soldats. Il suffit maintenant d'être averti pour ne plus laisser prise à la simulation.

Les troubles fonctionnels, imputables à la « H. à R. » elle-même, sont à ce point insignifiants qu'ils ne légitiment aucun traitement. Cependant les chirurgiens, qui ont opéré la pexie trochantérienne de la bande, y ont été conduits, les uns par une exagération des troubles fonctionnels, due au nervosisme où à la simulation; les autres, par l'idée fausse qu'ils se faisaient de la « H. à R. » en la considérant comme une luxation du tractus cristo-fémoral.

CARNET DU PRATICIEN

Maladie de Parkinson (Paralysie agitante)

Les trois *éléments morbides* symptomatiques sur lesquels nous avons prise sont : les tremblements, les raideurs musculaires et les troubles de la nutrition. Ajoutons que bien que sa nature ne soit pas précisée, le siège de la maladie dans le névraxe autorise encore des essais de *traitement direct*. Pour toucher ces indications, nous disposons d'agents médicamenteux et de moyens physio et psychothérapiques.

1° Contre les *tremblements*, je conseille le *bromhydrate de scopolamine* ou le *bromhydrate d'hyoscine*. Ces deux agents, sans avoir d'effet hypnotique, sont des modérateurs de l'excitabilité nerveuse par action primitive probable sur le névraxe. Ils ont aussi la propriété de calmer l'excitabilité et les spasmes musculaires, ainsi que je l'ai démontré pratiquement en reconnaissant leur action suspensive sur les douleurs de la colique de plomb.

A. — On emploie le *bromhydrate de scopolamine* par la voie buccale ou en injections hypodermiques.

Formule pour la *voie buccale* :

Bromhydrate de scopolamine.	0 gr. 03
Eau distillée.	600 grammes

Dissolvez. — Chaque cuillerée à café contient un quart de milligramme de principe actif. — La dose quotidienne ne doit pas dépasser 1 milligramme, soit quatre cuillerées à café.

Prendre de cette solution :

Le premier jour, une cuillerée à café, au réveil;

Le deuxième jour, une cuillerée à café au réveil, et à 3 heures du soir :

Le troisième jour, une cuillerée à café au réveil, à 11 heures du matin et à 3 heures du soir;

Le quatrième jour, une cuillerée à café au réveil, à 11 heures du matin, à 3 heures et à 6 heures du soir.

B. — La *voie sous-cutanée* sera réservée au cas où le tremblement est accentué. On formulera :

Bromhydrate de scopolamine.	0 gr. 03
Eau de laurier-cerise.	5 grammes
Eau distillée.	5 —

Dissolvez et divisez en ampoules de 1 centimètre cube, contenant chacune 1 milligramme de principe actif.

Se munir d'une seringue stérilisable dont la tige du piston est exactement graduée en dix divisions, chaque division correspondant à un dixième de milligramme de principe actif.

Commencer par injecter, au niveau des avant-bras, deux divisions de la seringue, soit deux dixièmes de milligrammes; puis augmenter lentement la dose, par dixième de milligramme, jusqu'au maximum de huit dixièmes. Le bromhydrate de scopolamine est très toxique et c'est seulement chez des sujets exceptionnellement tolérants, qu'une accoutumance progressive permettra d'atteindre la dose de 1 milligramme.

Quel que soit le mode d'introduction du médicament et la dose employée, on la suspendra aux premiers *signes d'intolérance*, tels que sensation de sécheresse de la gorge, étourdissements, céphalalgie et vertiges.

2° Pour combattre les *raideurs musculaires*, nous disposons de trois moyens :

A. — La *fève de Calabar* dont l'ésérine est l'alcaloïde le plus important. Cet agent qui ralentit les battements du cœur et augmente légèrement la tension artérielle, jouit surtout de la propriété de ralentir la transmission aux muscles de l'excitabilité nerveuse.

On donnera la *fève de Calabar* elle-même, en pilules ou en cachets de 0 gr 025 chacun. Prescrire de 2 à 4 doses par vingt quatre heures. Le *sulfate* d'ésérine s'emploie en pilules ou en solution. Sa dose minima est de un demi-milligramme; sa dose maxima de un milligramme et demi par jour.

L'intolérance à l'égard de ces agents se manifeste par de multiples symptômes, tels que la céphalalgie, les vertiges, les étourdissements, la salivation, la dyspnée, les sueurs, la pâleur de la face, la sensation de refroidissement, le myosis, le ralentissement du pouls. En cas d'apparition d'un quelconque de ces symptômes, suspendre aussitôt le médicament.

B. — *Le tartrate neutre de potasse*, qu'on prend dix minutes avant déjeuner et dîner, à la dose de 3 grammes dissous dans un demi-verre d'eau additionnée d'une à deux cuillerées d'eau de seltz, sera prescrit au parkinsonniens qui ne supportent pas la fève de Calabar. Ce sel possède une action musculaire dont j'ai eu souvent à constater la valeur.

C. — Les *pulvérisations d'éther* sur la colonne vertébrale, à l'aide de l'appareil Richardson, diminuent aussi les raideurs musculaires. On les emploiera soit comme moyen de superposition à l'une des médications précédentes, soit comme moyen de remplacement quand celles-ci seront mal tolérées.

3° Les *troubles de la nutrition* que peut viser la thérapeutique sont :

a) La dénutrition accrue du système nerveux avec insuffisance évolutive des produits désintégrés;

b) Le retard dans l'utilisation de l'azote;

c) L'élimination relativement accrue de la chaux et de la magnésie, ces cendres de la dénutrition nerveuse.

On tentera de remédier à ces troubles ou tout au moins de les pallier par l'emploi de l'*arrhénal* à la dose de V à X gouttes avant le déjeuner et le dîner, et par l'administration des cachets ci-dessous :

Carbonate de chaux précipité...	0 gr. 50
Carbonate de magnésie.........	0 gr. 25
Phosphate tribasique de chaux..	0 gr. 50

Mêlez un cachet.

Dans le même ordre d'idées, aider à la reconstitution des lécithines du système nerveux à l'aide d'injections hypodermiques profondes de solution de *glycérophosphate de soude* à 25 0/0. Injection quotidienne de 1 centimètre cube de cette solution.

4° Enfin, puisque l'on est encore à se demander si la maladie de Parkinson est une névrose ou si elle reconnait comme condition causale des lésions anatomiques qui semblent, quand on les constate, plutôt secondaires que primitives, il est permis de faire encore appel à une *thérapeutique fonctionnelle* visant, sinon les indications encore inconnues de la maladie, du moins le système nerveux qui en est le siège.

On sait l'affinité de ce système pour les *préparations d'or et de zinc* et l'on connait l'action modératrice réflexe de la *picrotoxine* à dose très minime. Aussi, ai-je eu l'idée d'associer ces agents en une formule dont ce que l'on peut dire de moins, c'est que si le malade a quelque chance d'en tirer un léger bénéfice, il n'en peut éprouver aucun dommage :

Voici cette formule :

Arséniate de soude...........	0 gr. 001
Chlorure d'or et de sodium...	0 gr. 001
Picrotoxine..................	0 gr. 0005
Oxyde de zinc................	0 gr. 10
Extrait de douce-amère.......	0 gr. 10

Pour une pilule. — Prendre une pilule au début du déjeuner et du dîner.

Dans le même ordre d'idées, je recommande les *pointes de feu très fines et très superficielles*, fréquemment appliquées tout le long de la colonne vertébrale, non pas tant dans un but de révulsion que pour stimuler la circulation médullaire.

Prof. A. Robin.

Pharyngite catarrhale

(Gargarisme.)

Phénol....................	12 grammes
Résorcine.................	1 —
Glycérine.................	32 —
Eau de menthe.............	48 —
Eau de source...... q.s.p.	250 —

En gargarismes.

Indications des Stations hydrominérales et climatiques

En romain. — *Stations hydrominérales possédant un établissement et des hôtels et vendant de l'eau en bouteille.*

En romain souligné d'un trait. — *Stations hydro ayant établissement et hôtels, mais n'expédiant* pas *d'eau.*

En «italique». — *Stations vendant de l'eau minérale ne possédant ni hôtels ni établissement hydrominéral.*

Albumiuuries. — Saint-Nectaire.
Anémie. — Cauterets, Lamalou, La Bourboule.
Arthritisme. — Contrexéville, Cauterets, Mont-Dore.
Artério-sclérose. — Plombières, Brides.
Asthme. — Mont-Dore, Cauterets, La Bourboule.
Bronchites. — Cauterets.
Bronchites chroniques. — Cauterets, Mont-Dore, La Bourboule.
Coliques hépatiques. — Contrexéville.
Constipation. — Cauterets, Châtel-Guyon.
Coryza chronique. — Mont-Dore, Cauterets, La Bourboule, Fumades
Dermatoses. — Saint-Christau, La Bourboule, Fumades.
Diabètes. — Contrexéville, La Bourboule, Vichy.
Dyspepsies. — Plombières, Cauterets.
Emphysème. — Mont-Dore, La Bourboule.
Enterites. — Châtel-Guyon, Brides, Cauterets, Plombières.
Estomac. — Vichy, Plombières.
Foie. — Contrexéville, Brides.
Gorge. — Mont-Dore, Luchon, Cauterets, La Bourboule, Fumades.
Goutte. — Contrexéville, Martigny, Aix-les-Bains.
Gravelle urique. — Contrexéville, Châtel-Guyon, Vichy.
Laryngites. — Cauterets, La Boorbou, le Fumades.
Leucoplasie. — Saint-Christau.
Lymphatisme. — Salins-Moutiers.
Métrites. — Plombières, Salins-Moutiers, Fumades.
Névralgies. — Plombières.
Nez. — Mont-Dore, Cauterets, La Bourboule, Fumades.
Obésité. — Brides-les-Bains.
Reins (Lavage). — Contrexéville.
Rhumatismes. — Aix-les-Bains, Plombières, Cauterets. Dax.
Rhume des Foins. — Mont-Dore, La Bourboule.
Sciatique. — Aix-les-Bains.
Syphilis. — Cauterets, Aix-les-Bains.

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 17.500 exemplaires.

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 35, rue J.-J. Rousseau

Le Gérant : Docteur Lucien-Graux.

VILLES DE SAISON

CE QUI SE PASSE

Les taxes spéciales des stations climatiques

La loi du 13 avril 1911 a autorisé l'établissement de taxes spéciales dans les stations climatiques et hydrominérales, pour favoriser le développement de ces stations. Un décret portant règlement d'administration publique vient de déterminer les mesures propres à assurer l'exécution de la loi. En voici les dispositions essentielles.

Toute demande de création d'une station hydrominérale ou climatique est adressée au préfet qui en donne récépissé. Cette création est ensuite l'objet d'une enquête.

La délibération du Conseil municipal demandant l'établissement, dans la commune, de la « taxe spéciale », doit mentionner le mode d'assiette de la taxe, le tarif et la durée de celle-ci, ainsi que les dépenses au payement desquelles elle sera affectée.

Pour la perception de la taxe, il n'est pas fait état du jour d'arrivée ni du jour de départ des assujettis.

Lorsque la taxe est basée sur le prix de location, ce prix de location, dégagé de tous autres frais, doit être affiché dans les locaux occupés.

La taxe spéciale est établie pour une période de cinq ans au plus. Exceptionnellement, lorsqu'elle a été instituée pour servir de gage à un emprunt, elle peut être autorisée pour une durée égale à celle qui a été fixée pour l'amortissement de l'emprunt.

Le tarif de la taxe spéciale est en permanence affiché à la porte de la mairie; il est tenu, au secrétariat de la mairie, à la disposition de toute personne désirant en prendre connaissance; il est affiché dans tous les hôtels et dans toutes les maisons meublées où sont reçues en logement les personnes étrangères à la commune.

Dans les stations hydrominérales ou climatiques où a été instituée la taxe spéciale, les hôteliers, logeurs ou propriétaires doivent posséder, en vue de la perception de la taxe, un registre spécial qui leur est fourni gratuitement par la mairie. Sur ce registre, coté et paraphé par le maire, ils inscrivent les nom, domicile, dates d'arrivée et de départ de toutes personnes logeant chez eux.

Les propriétaires et toutes personnes qui auraient l'intention de louer, pendant la saison thermale ou climatique, tout ou partie de leur habitation personnelle à des étrangers à la station, doivent en faire la déclaration à la mairie et sont tenus, en vue de la perception de la taxe spéciale, de posséder le même registre que les hôteliers et logeurs.

Lorsque ces personnes reçoivent le montant des loyers qui leur sont dus, elles perçoivent la taxe sur les assujettis et leur en donnent quittance. Elles inscrivent le montant des taxes encaissées, à la date et dans l'ordre des perceptions effectuées, sur un registre spécial délivré gratuitement par le maire.

La taxe doit être perçue avant le départ des assujettis, alors même que du consentement du logeur, de l'hôtelier ou du propriétaire le payement du loyer serait différé.

Les infractions aux dispositions concernant les formalités établies pour le recouvrement de la taxe donnent lieu à des pénalités qui sont au minimum égales au montant des taxes dont la commune a été privée; elles peuvent s'élever au triple de ces taxes en cas de fraude, et au double dans tous les autres cas.

Châtel-Guyon

La Société des eaux minérales de Châtel-Guyon a l'honneur d'informer le Corps Médical que son siège social vient d'être transféré 6, square de l'Opéra, Paris (9e), où toutes correspondances et communications devront désormais lui être adressées.

REVUE FINANCIÈRE

Mauvaises bourses en ce moment.

Il y a eu un tassement général à la fin du mois et les reports ont été élevés.

L'attitude de l'Allemagne est pleine de surprises. Il faut se tenir en ce moment sur ses réserves et attendre.

A.-S. WEIL.

Secteur Électrique d'Asnières

Parmi les valeurs d'électricité qui jouissent actuellement de la faveur des capitalistes, il est un titre qui se recommande tout particulièrement à leur attention, en raison de son indiscutable sécurité et de ses brillantes perspectives d'avenir.

Nous voulons parler du *Secteur Electrique de la Ville d'Asnières*, dont les actions s'inscrivent actuellement au cours de 150 francs environ.

Constituée sous le régime des lois françaises, au capital de 1.500.000 francs, cette Société a pour objet la reprise de la concession de distribution d'électricité, dans la ville d'Asnières, accordée par décision du Conseil Municipal, en date du 12 juillet 1910, et du réseau de distribution créé par le concessionnaire précédent : le *Nord-Lumière*.

La durée de la Société est de 26 ans, à partir du 1er janvier 1911; le premier exercice social se terminera le 31 décembre 1911.

Il y a lieu de remarquer qu'il n'existe pas de parts de fondateurs et qu'il n'a pas été attribué d'apports.

Le Conseil d'administration est composé des personnalités suivantes, offrant toutes les garanties désirables :

MM. Dupuy-Dutemps, président, avocat, ancien ministre, président du Conseil d'administration de l'Agence Fournier; 41, avenue Kléber, Paris.

M. Bauer, chevalier de la Légion d'honneur, 52, rue Sainte-Anne, Paris.

M. Favaron, officier de la Légion d'honneur, entrepreneur de travaux publics, Paris.

M. le marquis de Laurens-Castelet, chevalier de la Légion d'honneur, Paris.

Letonrneau, ingénieur civil, 10, rue Rodier, Paris. Directeur.

Les publications légales ont été faites au *Bulletin Annexe* au *Journal officiel* des 12 septembre et 5 décembre 1910.

Les coupons sont payables au Comptoir National d'Escompte et dans ses succursales, ainsi qu'à la caisse du siège social.

Le nombre des abonnés a suivi une marche progressive. De 75.000 en 1902, il est passé à 1.200.000 en 1909, à 1.500.000 environ en 1910, et les demandes de mise en service sont de plus en plus nombreuses.

La progression ne peut d'ailleurs que s'accentuer, en raison de l'accroissement de la population de la Ville d'Asnières, qui est actuellement de près de 40.000 habitants contre 30.600 en 1902.

D'autre part, grâce aux contrats passés avec le *Triphasé*, le *Secteur électrique d'Asnières* achète son courant à cette Société, dans des conditions exceptionnellement avantageuses, pour toute la durée de sa concession. Il le revend avec un bénéfice appréciable pour lui, mais cependant à des prix à la portée de tous, ce qui permet d'envisager le développement de plus en plus rapide du nombre de ses abonnés.

Les frais d'exploitation, y compris l'amortissement en 25 ans du capital, s'élèveront, d'après les données acquises à ce jour, pour l'année courante, à 199.000 francs environ. Les recettes résultant de la vente du courant, en vertu des contrats en cours, donneront environ 483.000 francs; les bénéfices nets atteindront en conséquence 284.000 francs, et nous ne faisons pas état des contrats à intervenir en cours d'exercice.

L'article 49 des statuts prévoit les répartitions suivantes :

5 0/0 à la réserve légale	14.000
5 0/0 aux actionnaires comme premier dividende	75.000
20 0/0 au Conseil d'administration	38.000
10 0/0 aux actionnaires	156.000
Total	283.000

Même en supposant que la Société veuille doter plus largement encore ses réserves et ses amortissements, même en supposant que des frais imprévus viennent entrer en ligne de compte, on peut envisager, sans faire preuve d'un optimisme exagéré, un dividende de 10 francs environ pour l'exercice en cours.

On voit par là combien la marge de plus-value réservée à l'action *Secteur d'Asnières* est large, comparée, en effet, à d'autres entreprises dont les titres se négocient en Bourse de Paris et qui se capitalisent au-dessous de 4 0/0 en moyenne, elle doit logiquement sur ces bases atteindre un cours supérieur à 200 francs, et avec les perspectives d'avenir de l'affaire, nul doute que sur la base de capitalisation que nous ajoutons, cette valeur ne parvienne, dans un délai assez rapide, au cours de 300 ou 400 francs.

Sur les cours actuels, nous voyons en effet que les actions Secteur de la Place Clichy, par exemple, fournissent un revenu de 3,30 0/0; les actions Eclairage et Force par l'Electricité, donnent environ 3,40 0/0; les actions Est-Lumière 4 fr. 19 environ; les actions Ouest-Lumière, 3 fr. 72 environ.

Il semble donc bien que l'action *Secteur électrique d'Asnières* soit actuellement, le meilleur titre du marché des valeurs d'électricité.

Le développement de la Société est d'ailleurs d'autant plus assuré que, de plus en plus, on tend à se servir de l'électricité, tant pour l'éclairage que pour la production de la force.

Le *Secteur d'Asnières* est appelé, plus que tout autre, à bénéficier de cet état de choses, en raison de la durée de son monopole et de sa gestion prudente, car l'amortissement du capital étant prévu par un prélèvement de 4 0/0 sur les bénéfices annuels, pendant toute la durée du monopole, cette Société est peut-être la seule de sa catégorie qui ne comporte aucune espèce d'aléas industriels.

82e Année (Série XIIIe) — N° 102 | Le Numéro : 25 Centimes | Mercredi 12 Juillet 1911

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
9, Rue Denis-Poisson, PARIS
TÉLÉPHONE : 573-40

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale........ 15 fr.
Edition Espagnole ..... 10 fr.
Edition Portugaise.... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

DIRECTEUR :
Dr LUCIEN GRAUX
Lauréat de l'Institut

Hors concours, Membre du Jury
Exposition franco-britannique 1908
Vice-Prés. Expos. Bruxelles Cl. 16

Ancienne *Gazette de Santé*
(139e Année)

ÉCHOS

Concours de Chirurgien des Hôpitaux (Hôp. d'Amiens).

Le Concours de chirurgien des hôpitaux qui vient d'avoir lieu à l'Hôtel-Dieu d'Amiens s'est terminé par la nomination du Dr Sourdat, ancien interne des hôpitaux de Paris.

La transformation de l'Hôtel-Dieu

L'Assistance publique se propose de consacrer à des travaux de transformation de l'Hôtel-Dieu une partie des fonds qui lui ont été alloués sur le produit de l'emprunt municipal de 900 millions.

L'innovation essentielle du projet consiste dans l'installation d'une maternité dont l'Hôtel-Dieu se trouvait dépourvu depuis la démolition de l'annexe de la rue de la Bûcherie. La nouvelle maternité serait aménagée dans la partie est des bâtiments donnant sur le quai aux Fleurs.

Le projet comporte en outre le groupement des services d'ophtalmologie actuellement disséminés dans les diverses parties de l'hôpital et la construction d'une lingerie nouvelle et de deux salles d'opérations munies de l'outillage moderne et aménagées suivant les desiderata exprimés par les chirurgiens des hôpitaux.

La plupart des autres services seront réinstallés dans des conditions meilleures et un service de radiographie sera créé qui permettra d'examiner les malades à l'Hôtel-Dieu même au lieu de les envoyer à cet effet au service central de radiographie de la Salpêtrière.

Enfin l'Hôtel-Dieu sera doté dans toutes ses parties de l'éclairage électrique et du chauffage à vapeur.

La dépense prévue serait de 1.810.000 francs.

Le projet préparé par l'Administration de l'Assistance publique sera, selon toutes probabilités, examiné par le Conseil municipal au cours de la session actuelle.

Les services d'assistance

M. Mirman, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques, a présenté au conseil supérieur de l'assistance un rapport d'ensemble sur ses services.

Les œuvres de puériculture, assistance maternelle et protection des enfants du premier âge ont eu pour conséquence d'abaisser la mortalité infantile dans d'importantes proportions. Pour 1.000 enfants de 0 à 1 an, il en mourait en moyenne chaque année, dans l'ensemble des agglomérations comportant une population de plus de 5.000 habitants, 258 de 1892 à 1895, 229 de 1896 à 1900, 164 de 1901 à 1905. Il en est mort 145 en 1906, 129 en 1907, 129 en 1908, 117 en 1909.

En ce qui concerne l'assistance médicale gratuite, le nombre des bénéficiaires augmente constamment. L'ensemble des assistés — soit à domicile, soit à l'hôpital — qui était de 615.871 en 1895, s'est élevé en 1909 à 996.539, soit un accroissement continu et à peu près régulier de 27.000 par an.

Le montant des dépenses suit une progression plus forte encore; parti de 3.696.000 francs en 1895, il atteignait en 1909 le chiffre de 18.416.000 francs, dont pour les communes 11.490.372 francs, pour les départements 4.357.587 francs, pour l'Etat 2.568.481 francs.

En ce qui concerne la loi de 1905 sur l'assistance aux vieillards, infirmes, incurables, dit M. Mirman, le nombre des bénéficiaires ne cesse pas de croître, mais l'ascension se ralentit, comme le prouvent les chiffres suivants :

31 décembre 1908...........	515.430
31 mars 1909.............	541.336
30 juin 1909.............	548.477
30 septembre 1909........	557.412
31 décembre 1909.........	561.642
31 mars 1910.............	565.575
30 juin 1910.............	569.456
30 septembre 1910........	576.088
31 décembre 1910.........	577.733
31 mars 1911.............	577.816

Les dépenses annuelles d'application de la loi de 1905 sont d'environ 100.000 francs.

Association pour l'avancement des Sciences (Section d'Electricité médicale).

Programme du Congrès de Dijon
(31 *juillet au* 5 *août* 1911)

Président : M. le Dr Delherme, Paris; vice-président : M. le président agrégé Nogier, Lyon.

Ordre du jour de la section (sauf modifications ultérieures). — Lundi 31 juillet, à 2 heures : La diathermie médicale; MM. le professeur Bergonié et Rechan, rapporteurs. Discussion : Communications sur les Applications diverses de la Haute Fréquence.

Mardi 1er août, à 8 heures : Le vertige voltaïque; son importance au point de vue du diagnostic et du traitement des maladies de l'audition; MM. Weil, Vincent et Barré, assistants du Dr Babinski, rapporteurs. Discussion : Communications sur les applications des courants galvanique et faradique. Le soir, visite à l'Exposition, présentation d'appareils.

Mercredi 2 août, à 8 heures du matin : Les Idiosyncrasies en radiothérapie; M. le Dr Arcelin, chef du laboratoire de radiologie de l'hôpital Saint-Joseph à Lyon, rapporteur. Discussion : Communications sur la Radiothérapie.

Vendredi 4 août, à 8 heures du matin : La Radiographie de l'intestin; M. Aubourg, chef du laboratoire de radiologie de l'hôpital Boucicaut à Paris, rapporteur. Discussion : Communications sur le Radio-Diagnostic. Après-midi, visite à l'Exposition, présentation d'appareils.

Samedi 5 août, à 8 heures du matin : Traitement des tumeurs malignes par le radium; M. le Dr Dominici, de Paris, rapporteur. Discussion : Communications sur la Radiumthérapie et la Thermoluminothérapie. — Communications diverses.

Samedi, à 2 heures : Etudes sur l'Action de quelques modalités électriques sur la circulation générale; MM. Laquerrière, vice-président de la Société française d'Electrothérapie, et Nuytten, assistant de la clinique Apostoli, rapporteurs. Discussion : Suite des Communications.

Un appareil à projection sera mis à la disposition de MM. les Congressistes (s'inscrire à l'avance).

Une exposition d'appareils intéressant les médecins électriciens et radiologistes sera annexée au Congrès.

Les confrères, désireux de faire des communications, sont priés d'en envoyer les titres avec, autant que possible, un résumé de 15 lignes d'impression, le plus tôt possible, à M. Delherm, 2, rue de la Bienfaisance, Paris (VIIIe).

Le Comité local organise de superbes excursions à Alésia, à Semur, au Creusot, à Chalon-sur-Saône, à Beaune, à Nuits et à la route de la Faucille; au Jura, à Bellegarde, à Nantua, à Bourg, etc.

Pour tous les renseignements concernant ces excursions, on d'autres pouvant être faites par les moyens ordinaires de locomotion, ou en automobile, s'adresser à M. le Dr Michaut, secrétaire du Comité local, 63, rue des Godrans, Dijon.

Les confrères qui désireraient exposer des clichés radiographiques, photographiques, etc., sont priés de s'entendre avec le Dr Michaut.

VALEUR THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE DE

l'Allyl-sulfo-urée (Thiosinamine)

Par le Dr Louis RÉNON
Professeur agrégé à la Faculté de Paris
Médecin de l'hôpital Necker

Depuis la première utilisation de l'allyl-sulfo-urée en thérapeutique par Hébra en 1892, les opinions les plus diverses ont été émises sur son action. Pour les uns, elle aurait sur le tissu de sclérose et sur le tissu de cicatrice un effet « lytique » spécifique; pour les autres, son action serait non seulement nulle, mais dangereuse. Dans le but d'élucider un peu cet obscur problème, je vais rapporter les résultats de ma propre expérience, basant mon opinion sur les faits observés personnellement en médecine interne depuis sept ans.

L'allyl-sulfo-urée est une substance blanche résultant de l'action chimique de l'essence de moutarde sur l'ammoniaque. Tandis que les auteurs français comme MM. A. Gautier et Delépine, MM. Berthelot et Jungsfleich, attribuent à l'allyl-sulfo-urée une certaine solubilité dans l'eau, beaucoup d'auteurs allemands dénient toute solubilité aqueuse à cette substance, soluble seulement dans l'alcool et l'éther. Aussi pour l'usage thérapeutique, ils l'ont mélangée au salicylate de soude (fibrolysine) ou à l'antipyrine, solvants puissants de l'allyl-sulfo-urée, permettant d'en faire pénétrer une grande quantité dans l'organisme. Mais, comme il s'agit d'un mélange de deux substances, il n'est pas impossible que l'action biologique du produit s'y trouve très modifiée.

Dans les recherches faites, il y a quelques années, avec M. E. Grosjean, nous avons pu voir que l'opinion des chimistes français sur la solubilité aqueuse de l'allyl-sulfo-urée était exacte. Toutefois, sur trois échantillons différents, nous avons trouvé des variations notables dans le coefficient de solubilité, dans le point de fusion et dans le système cristallin. Les points de fusion oscillaient entre 68°8 et 70°1; les coefficients de solubilité variaient de 5 à 6 pour 100 à la température de 15°. Les échantillons ayant même solubilité et même point de fusion étaient orthorhombiques, tandis que l'échantillon le plus soluble était rhomboédrique. Cette différence d'état physique et de solubilité des produits commerciaux semble pouvoir s'expliquer par des différences de température de préparation, la stabilité et la solubilité les plus grandes étant en rapport avec l'action de l'ammoniaque sur l'essence de moutarde à température élevée.

Mes expériences et mes essais thérapeutiques ont été effectués avec une simple solution d'allyl-sulfo-urée française à 5 pour 100, préparée à froid pour éviter la décomposition du produit par la chaleur. Cette solution est d'ailleurs presque toujours opalescente, surtout pendant l'été.

L'expérimentation a porté sur des cobayes, sur des lapins et sur des chiens. Avec M. E. Gérandel, nous avons créé sur ces animaux des cicatrices cutanées, puis nous avons essayé de déterminer des modifications de ces cicatrices par des injections d'allyl-sulfo-urée. Les résultats furent des plus contradictoires. Tantôt, les cicatrices s'ouvraient à nouveau, la plaie restant béante, tantôt elles se fermaient, malgré l'emploi des injections.

Chez l'homme, on constate des variations très nettes de l'état du sang sous l'influence de l'allyl-sulfo-urée. Après une série d'injections de 8 centigrammes de cette substance répétées pendant quatre à cinq jours, j'ai toujours noté, avec M. Sevestre, un léger abaissement de la teneur en hémoglobine (5 à 10 pour cent au colorimètre de Tallqvist), l'abaissement notable des hématies (de 300.000 à 700.000), une augmentation très importante du nombre des leucocytes (du simple au double au minimum), une légère augmentation des polynucléaires neutrophiles. Ces modifications sanguines persistaient encore assez longtemps après la cessation des injections. Quinze jours après, la formule hématique n'était pas revenue à la normale.

L'action sur la tension artérielle est des plus variables. Alors que, dans les recherches antérieures, en utilisant l'ancien appareil de Potain, la tension artérielle m'avait paru s'abaisser beaucoup, avec les nouveaux appareils (sphygmo-signal, sphygmo-métroscope, oscillomètre), elle ne s'est guère modifiée au cours des injections. Cependant, depuis trois ans, par l'usage prolongé de l'allyl-sulfo-urée à petites doses, j'ai obtenu une diminution assez sensible de la tension artérielle.

L'action sur la diurèse n'est pas très marquée. Il me paraît impossible d'attribuer des propriétés diurétiques à l'allyl sulfo-urée; mais il n'y a pas réduction de la quantité des urines sous son influence. L'albuminurie n'est guère modifiée par cette substance; elle n'est pas augmentée, elle aurait plutôt tendance à diminuer légèrement. En tout cas, l'état du rein ne me paraît pas contre-indiquer l'emploi du médicament.

Depuis sept ans, j'ai utilisé l'allyl-sulfo-urée sur près de 200 malades atteints des affections médicales les plus diverses, tabès, scléroses médullaires, scléroses cérébrales post-hémiplégiques, rhumatismes chroniques, rétraction de l'aponévrose palmaire emphysèmes pulmonaires, scléroses pulmonaires et pleurales, et chez des malades atteints d'affections cardio-vasculaires (symphyses péricardiques, maladies valvulaires, mitrales et aortiques, artério-scléroses et phlébo-scléroses). Après avoir débuté par des injections quotidiennes de 20 centigr. d'allyl-sulfo-urée, j'ai abaissé la dose de 8 à 10 centigrammes en injections sous-cutanées ou en ingestion.

Quels furent les résultats obtenus?

Dans les affections sclérosantes cérébro-médullaires, on note quelquefois une diminution des contractures et de l'exagération des réflexes, ainsi que dans les paraplégies spasmodiques, puis une sédation de la douleur dans certains cas de tabès où j'ai même vu parfois des réflexes rotuliens réapparaître. Utilisée à la suite des hémorragies et des ramollissements cérébraux, l'allyl-sulfo-urée m'a semblé éloigner la période des contractures secondaires et en diminuer l'intensité.

Dans le rhumatisme chronique et dans la rétraction de l'aponévrose palmaire, j'ai observé parfois mais non toujours des améliorations sensibles qui sans guérir les malades, empêchaient nettement l'affection de progresser.

Dans l'emphysème pulmonaire, dans les scléroses pulmonaires et pleurales, la diminution assez rapide de la dyspnée m'a paru suivre régulièrement l'usage de l'allyl-sulfo-urée.

Dans les affections cardio-vasculaires, les résutats sont très variables. Dans les affections mitrales, je n'ai observé aucun effet appréciable; l'état de la cardiopathie n'a été ni amélioré, ni aggravé. Il n'en est pas de même dans les affections aortiques. Dans l'aortite chronique, dans l'insuffisance et dans le rétrécissement aortiques, l'action constante de l'allyl-sulfo-urée porte sur la diminution de la dyspnée. J'ai vu des malades qui ne pouvaient ni monter les escaliers, ni porter un poids lourd, se livrer à ces diverses occupations, sans aucune oppression ou avec une oppression infiniment moindre. Par contre, les signes stéthoscopiques ne se modifient jamais; les bruits de souffle demeurent aussi intenses. Dans la symphyse cardiaque avec ou sans médiastinite, l'allyl-sulfo-urée procure souvent une amélioration considérable de la dyspnée sans modification bien appréciable des signes physiques. Dans l'artério-sclérose sans lésions cardiaques ou aortiques nettes, l'effet du traitement est moins constant. J'ai vu cependant la tension artérielle diminuer sous l'influence prolongée de la médication, et j'ai constaté une amélioration assez notable de la céphalalgie et de la dyspnée.

Dans la phlébo-sclérose, j'ai vu quelquefois l'allyl-sulfo-urée diminuer l'œdème variqueux éléphanthiasique et les douleurs variqueuses.

On a signalé des accidents à la suite de l'emploi de l'allyl-sulfo-urée. Ceux-ci consistent en vomissements, oppression, anurie, fièvre, vertiges, syncopes, etc. Je n'ai jamais rien observé de semblable sur plus de 5.000 injections à des doses de 4 à 10 centigrammes par jour. Ces injections ne sont pas douloureuses, même faites sous la peau de l'abdomen, qui me paraît leur siège de prédilection. Le traitement a pu être suivi pendant plusieurs mois et même pendant plusieurs années sans le moindre inconvénient. Chez quelques malades seulement, j'ai pu noter un peu de vertige et une légère oppression. Toutefois, chez les tuberculeux, je crois l'allyl-sulfo-urée très contre-indiquée, en raison de son action dissolvante possible sur le tissu fibreux de guérison.

On a préconisé les injections intra-rectales et même intra-vaginales d'allyl-sulfo-urée. Je donne la préférence aux injections sous-cutanées et à l'ingestion. Pour les injections, j'utilise la solution aqueuse d'allyl-sulfo-urée française à 1 pour 25. Un centimètre cube de cette solution représente 4 centigrammes de substance médicamenteuse. On peut injecter chaque jour ou tous les deux jours 2 centimètres cubes de cette solution. Pour l'ingestion, on peut donner des cachets contenant chacun 2 centigrammes d'allyl-sulfo-urée mélangée à 50 centigrammes de lactose. On prend deux

de ces cachets par jour, un le matin, l'autre le soir.

L'allyl-sulfo-urée est loin de tenir toutes les promesses faites par beaucoup de ses partisans convaincus. C'est néanmoins une substance médicamenteuse d'action secondaire, mais indiscutable, dont on aurait tort de vouloir priver la thérapeutique.

L'Aliénation mentale cause de Divorce (1)

(SUITE DE NOTRE ENQUÊTE)

XXXVI

M. Eugène Raiga, Dr en droit, chef du service des aliénés de la Seine, chargé des conférences à la Faculté de Droit de Paris nous écrit :

Monsieur le Directeur,

Vous avez bien voulu me demander mon opinion sur la proposition de loi de M. Viollette, député, tendant à faire de l'aliénation mentale une cause de divorce.

J'ai l'honneur de vous adresser les réflexions que m'ont suggérées et la proposition de M. Viollette et les objections qui déjà y ont été opposées.

Notre législation, à l'heure actuelle, est fondée sur cette idée que le divorce est la sanction des devoirs qu'inspire le mariage. Quand il n'y a pas manquement aux devoirs, la rupture du lien conjugal n'est pas légalement possible. Il va de soi que, dans le système, l'aliénation mentale n'est pas un fait pouvant justifier le divorce.

Il en est autrement en Allemagne et dans certains autres pays. C'est la raison d'être du mariage que l'on considère. Survient-il quelques faits qui mettent obstacle à ce que le but du mariage soit atteint? le divorce est admis comme moyen, pour l'un ou l'autre des époux, de s'affranchir du lien conjugal. Dans la législation de ces pays, la folie est reconnue comme cause de divorce.

De ce que notre législation française est fondée sur des principes différents, est-ce une raison pour opposer à la proposition de M. le député Viollette une sorte de question préalable? Est-il donc interdit d'introduire dans une législation un principe nouveau? de poser, à côté d'une règle, une exception.

La question à examiner, la seule qui importe, à mon sens, est de savoir si la modification proposée aux principes généraux de notre droit en matière de divorce, se justifie par un intérêt social suffisant.

Un conjoint est frappé d'aliénation mentale. En raison de son état, il est placé dans un établissement spécial. Au bout d'un an, de dix-huit mois, aucune amélioration. Malgré les efforts du médecin, à l'état aigu succède peu à peu l'état chronique. Le malade tenu dès lors pour incurable est destiné à vivre jusqu'à la fin de ses jours dans un asile public ou dans une maison de santé privée. La séparation est accomplie. Les conditions du lien conjugal qui ne peuvent se maintenir que dans la santé de la vie effective et intellectuelle des deux êtres qui s'unissent, ont disparu chez l'un deux. Le conjoint sain d'esprit, dont le foyer est désormais désert, peut-il équitablement être condamné à vivre dans une union indissoluble, alors qu'elle a été brisée en fait et que la folie est venue détruire les raisons mêmes de sa formation?

Je dis qu'il y a un intérêt moral et social tout à la fois à donner à ce conjoint — victime d'un fait dont l'autre n'est pas coupable — la possibilité d'arriver à une rupture légale. Intérêt moral? la plupart du temps ce qu'aujourd'hui la loi empêche, la force des choses l'accomplit et nous avons des unions irrégulières. Intérêt social? S'il n'y a pas d'enfants du mariage dissous, le conjoint sain d'esprit pourra refaire une famille. Y a-t-il des enfants? en se remariant il leur donnera l'abri nouveau d'un foyer légitime.

Je considère donc l'aliénation mentale qui a exigé l'internement, qui est devenu chronique c'est-à-dire la plupart du temps incurable, comme devant être une cause légitime de divorce.

Ce principe établi, à quelles conditions convient-il d'en subordonner l'application?

A cet égard, le Code civil allemand de 1900 peut être offert comme modèle. L'article 1569 pose le problème en excellents termes :

« Un époux peut agir en divorce, lorsque son « conjoint est frappé d'une maladie mentale, que « cette maladie a duré au moins trois ans pendant « le mariage et qu'elle a atteint un degré tel que « la communion intellectuelle est supprimée entre « les époux et que tout espoir de la voir se ré- « tablir est perdu. »

C'est en un mot dans la rupture définitive de la communion intellectuelle entre époux que réside le fondement de l'action en divorce.

C'est, à n'en pas douter, de la législation allemande que s'est inspiré M. le professeur Maurice Colin, député, pour rédiger la proposition de loi que publie la *Gazette médicale de Paris* du 3 mai. Cependant elle diffère du texte allemand en un point et à *juste* raison, à mon sens. Le Code civil allemand n'exige pas, pour que le tribunal puisse admettre le divorce, que le malade ait été colloqué dans un établissement public ou privé. Il suffit que la maladie mentale ait duré au moins trois ans pendant le mariage. Sans doute, le délai de trois ans est le terme généralement indiqué par le médecin au-delà duquel toutes chances de guérison s'évanouissent. Mais si la maladie est soignée dans la famille, quelles que soient les preuves apportées à l'appui de la demande en divorce, la garantie contre les abus ou les fraudes apparaît moindre que dans le système de M. Maurice Colin qui très justement voit dans le fait même de l'internement un indice certain de la gravité de la maladie.

M. le professeur Colin met au surplus à la charge du demandeur la preuve de l'incurabilité de l'aliénation mentale. Dans une question aussi troublante et aussi délicate, c'est là assurément une précaution indispensable. L'expérience de plusieurs années à la tête du service des aliénés de la Seine me permet d'affirmer que cette obligation rendra les divorces pour cause de folie plus rares qu'on ne pourrait le croire. La preuve de l'incurabilité ne sera pas toujours en effet facile à administrer.

Seuls, les médecins aliénistes sont qualifiés pour dire « tel malade peut guérir», ou « tel malade est incurable». Pourront-ils, dans tous les cas, prendre la responsabilité de rédiger un certificat attestant nettement l'incurabilité? Une erreur de diagnostic est possible et tel malade qu'on croit atteint d'une forme d'aliénation mentale incurable peut donner la surprise d'une guérison. Sauf dans des cas assez peu nombreux et tout à fait typiques, les médecins ne croiront pas pouvoir se prononcer de façon catégorique; ils n'écriront pas le mot « incurable », et se borneront à dire : « Le malade, atteint de telle maladie mentale, ne présente que des chances très éloignées de guérison. » En présence d'un certificat rédigé sous cette forme volontairement vague, que feront les tribunaux? L'hésitation du médecin entraînera vraisemblablement l'hésitation du juge qui rejettera la demande. C'est pourquoi le texte de M. le professeur Maurice Colin me paraît offrir les plus sérieuses garanties. Il appartiendra aux tribunaux de décider en connaissance de cause et d'adopter en matière de preuves telle jurisprudence qui leur conviendra.

Au surplus, le conjoint divorcé n'est pas abandonné. Le Code civil allemand porte une disposition dont il faut louer la haute portée morale. Elle est insérée dans l'article 1583 ainsi conçu :

« Lorsque la maladie mentale de l'un des « époux donne lieu au divorce, l'autre époux doit « lui fournir entretien de la même façon qu'un « époux déclaré seul coupable ».

En imposant à l'époux demandeur l'entretien de l'aliéné, le législateur allemand a tenu en quelque mesure à prolonger les conditions d'existence matérielles du mariage et par là même à assurer au malheureux malade toute la sollicitude qui lui est due.

M. le professeur Maurice Colin reproduit très heureusement dans sa proposition les mêmes principes...

Ainsi comprise et ainsi formulée cette proposition ne paraît pas devoir soulever d'objections sérieuses. Elle est forte, humaine, conforme à l'intérêt social. Elle a reçu en outre, dans d'autres pays voisins, la consécration de l'expérience. Il convient de souhaiter, à tous égards, que le Parlement de notre pays la réalise.

J'ai le plus grand respect pour les convictions d'autrui ; mais j'estime que les catholiques qui, pour se conformer aux enseignements de l'Eglise, condamnent le divorce en bloc, sont mal venus à combattre la question particulière qui est en discussion. Il ne me paraît pas qu'il y ait lieu de s'arrêter à leurs objections préconçues qui dès lors n'ont qu'une valeur scientifique très relative.

M. Eugène Raiga,
Docteur en Droit, chef du service des Aliénés, chargé de conférences à la Faculté de Droit de Paris.

XXXVII

M. Ballet, professeur de clinique des maladies mentales et de l'Encéphale à la Faculté de médecine de Paris, nous fait parvenir la lettre ci-dessous :

Paris, 1er juin 1911.

Monsieur le Directeur,

J'estime que la question de savoir s'il y a lieu d'autoriser le divorce pour cause d'aliénation mentale est exclusivement d'ordre social ou moral. Le médecin, en tant que médecin, ne peut avoir d'opinion à cet égard.

Son rôle doit se borner à fournir au législateur les renseignements cliniques sur lesquels celui-ci aura à s'appuyer pour défendre ou combattre la modification à la législation dont on parle, et, au cas où le divorce serait autorisé par la loi, à intervenir en qualité d'expert pour formuler un diagnostic et un pronostic qui serviront d'éléments d'appréciation au magistrat.

Aussi, ne saurais-je dire s'il est bon ou mauvais d'autoriser le divorce pour cause de maladie mentale.

J'ai bien une opinion sur ce sujet mais ce n'est pas comme médecin. Or, si je ne m'abuse, c'est au médecin que vous avez bien voulu vous adresser.

Permettez-moi donc de ne pas répondre. *Ne sutor ultra crepidam.*

Agréez, etc.

Gilbert Ballet.
Professeur de clinique des maladies mentales et de l'Encéphale à la Faculté de Médecine de Paris.

XXXVIII

Nous recevons de M. le Dr Rodiet, directeur de la colonie familiale de Dun-sur-Auron, l'étude ci-jointe :

Dun-sur-Auron, le 1er juin 1911.

Monsieur,

Ci-joint mon opinion sur la loi : Aliénation mentale et divorce.

A la colonie de Dun-sur-Auron, sur 1.000 malades femmes assistées par le département de la

(1) Voir numéro du 1er mars de la *Gazette médicale de Paris* contenant la Proposition de loi de M. Maurice Viollette, député, ainsi que les numéros suivants concernant le début de notre enquête et les réponses reçues.

Seine dans les familles, 60 sont divorcées ou abandonnées par leurs maris. Toutes ces femmes sont, jusqu'à la fin de leurs jours, à la charge de la société. Avant leur arrivée à la Colonie, elles ont subi un internement dont la durée a été de six mois à 20 ans dans un asile d'aliénés. Plusieurs d'entre elles présentent une amélioration de leur état mental qui leur permettrait de vivre en liberté avec une surveillance et des soins. Cette surveillance et ces soins ne leur seront pas assurés par leur famille.

Si, en effet, certains parents d'aliénés réclament, et souvent avec une insistance déraisonnable, des malades vraiment dangereux, des persécutés actifs par exemple, qu'il est impossible de rendre à la vie commune pendant leur période de réaction, beaucoup d'autres ne veulent plus s'occuper de leurs malades après qu'ils ont passé un certain temps à l'asile et se croient trop aisément délivrés de tout souci à leur égard. Il n'existe aucun moyen d'agir sur la volonté des familles. On écrit à un mari ou à un fils qui habitent souvent très loin de l'asile, que sa femme ou son père peuvent quitter l'établissement où ils sont internés. Une observation prolongée permet d'affirmer autant qu'il est possible qu'il n'en résultera pour eux aucun danger et qu'avec des soins, quelque affection, une surveillance, le père ou la femme peuvent reprendre leur place au foyer. La lettre reste sans réponse et la séquestration se prolonge. L'interné veut sa liberté; il la demande et la loi est formelle qui prescrit la sortie immédiate de tout individu qui n'est pas reconnu aliéné. Donc il ne devrait par y avoir d'hésitation possible et le médecin n'hésite pas lorsqu'il s'agit d'une guérison. Mais dans le cas actuel, c'est un infirme de l'intelligence qui demande à porter ses pas où il lui plaît et qui veut jouir de sa part de soleil et de la vue des autres sans se heurter à des murs. Comment lancer de nouveau dans la vie, seul, sans aide, sans argent, cet homme ou cette femme qui a perdu l'habitude de l'existence au dehors et qui, du jour au lendemain, sera obligé de gagner sa vie ou de mendier. Même la sortie d'essai ou le congé supposent la surveillance et les soins de la famille.

Il faut donc que l'Assistance publique, dans l'impossibilité où elle se trouve d'obliger les parents à reprendre l'infirme qui lui est confié, dans le doute aussi que cet infirme puisse être, quand il sera libre, maltraité par ceux à qui on l'aura rendu ou tout au moins mal soigné, assure à l'abandonné la plus grande liberté possible, puisque c'est le seul bien qui lui manque. Il ne s'agit pas des impotents, des paralysés, de ceux qui sont destinés à rester cloués sur un lit ou sur un fauteuil. Le mot « infirme » doit être pris dans le sens de « affaibli » et s'applique à ceux chez lesquels la mémoire, le raisonnement et la volonté présentent des défaillances. Les forces physiques sont encore assez rigoureuses pour permettre quelques travaux; les facultés intellectuelles, malgré leur faiblesse, sont encore assez conservées pour que l'aliéné souffre de la séquestration, de l'éloignement, de la perspective de mourir enfermé.

C'est pour donner à cette catégorie d'aliénés l'illusion d'une famille et aussi l'illusion de la liberté que le département de la Seine, grâce à l'initiative et aux efforts du Dr Marie, a adopté le système de la colonisation familiale.

Il ne convient donc pas qu'une loi intervienne qui rende plus facile encore l'abandon de l'aliéné par son conjoint, quelle que soit la durée de la maladie. J'admets que les faits d'aliénation ne doivent pas être un obstacle au divorce, j'admets que l'assistance morale du conjoint aliéné par son conjoint est le plus souvent illusoire et impraticable; je crois même que dans certains cas (paralysie générale avec toutes ses conséquences), il est de l'intérêt du malade lui-même et surtout de l'intérêt de sa famille que le divorce soit prononcé aussitôt que possible, mais le législateur me paraît sagement inspiré en prescrivant le devoir d'assistance du conjoint sain d'esprit à l'égard de l'aliéné. Incurable ou non, celui-ci n'est pas un coupable : c'est un malade. Ce n'est que si la maladie ne peut pas guérir ou s'améliorer (Ex : Paralysie générale et certaines formes de démence) qu'il conviendra de libérer l'individu sain d'esprit et d'enlever à l'aliéné sa place au foyer sans espoir de retour. Si lâche que soit la chaîne qui, après des années d'internement, rattache l'aliéné à sa famille, il faut qu'elle subsiste par l'obligation pour celle-ci d'assister son malade. Les charges de la société deviendraient encore plus lourdes si la loi, en facilitant le divorce, favorisait aussi l'abandon de l'aliéné par celui-là même qui, volontairement, a uni son existence à la sienne et accepté de courir avec lui les risques de la vie.

Tontefois, ne pourrait-on pas réserver le cas où l'aliénation mentale ayant débuté avant le mariage (un ou plusieurs accès de folie intermittente par exemple ou de troubles mentaux graves dns à la dégénérescence), aura été dissimulée à l'autre conjoint. Il ne serait pas juste qu'après avoir été trompé, celui-ci fut encore lésé dans ses intérêts. La loi devrait donc aussi, à mon avis, tenir compte de « l'erreur sur la personne ».

Dr Rodiet.
Directeur-médecin de la Colonie familiale de Dun-sur-Auron.

XXXIX

Nous recevons de M. le Dr Lagrange, membre correspondant de la Société médico-psychologique, directeur de l'Asile d'aliénés de Poitiers, la réponse ci-incluse :

Poitiers, le 5 juin 1911.

Monsieur et très honoré confrère,

En recevant un nouveau numéro de votre estimable et intéressant journal, je m'aperçois que je ne vous ai pas envoyé ma réponse, faite depuis longtemps, cependant. Il est vrai que je me suis demandé et me demande encore si elle vaut d'être insérée et s'il en est encore temps.

Quoiqu'il en arrive, la voici, avec mes excuses pour le format de la rédaction et l'expression de mes sentiments très distingués et les meilleurs, que je vous prie de vouloir bien agréer.

« Pour M. Viollette, la caractéristique de l'aliénation mentale incurable, c'est la disparition, « sans retour possible et sans qu'il y ait coexistence avec la fin même de la vie, de la personnalité intellectuelle et morale ».

Or, peut-on affirmer au bout de trois ans, comme on le dit dans le mémoire de M. Viollette, que l'aliéné ne recouvrera plus la raison? Je réponds sans hésiter : non, puisque j'ai vu des aliénés guérir après huit années de délire. D'autre part, l'aliénation mentale est une maladie incontestablement et si la maladie, survenant après la célébration du mariage, ne peut être considérée comme un cas de divorce, il doit en aller de même pour les psychoses. Je ne puis m'étendre sur les réflexions qui m'ont été suggérées par le projet de M. Viollette : cela m'entraînerait loin, mais je termine en disant, qu'à mon avis, on a rendu le divorce beaucoup trop facile et qu'il en est résulté, pour la mentalité et la moralité de la population française, une déchéance relative, puisque la famille a de ce fait, été ébranlée; or, la famille représente, en petit, la collectivité, et si les bases de la famille ne sont pas solides, le reste de l'édifice social ne saurait l'être.

Veuillez, Monsieur, agréer l'expression de mes sentiments très distingués.

Dr E. Lagrange.
Membre correspondant de la Société médico-psychologique, médecin en chef et directeur de l'Asile des Aliénés (Quartier d'Hospice), du Département de la Vienne.

XL

M. le Dr St Privat de Fortunié, médecin à la colonie familiale de Dun-sur-Auron, nous communique la réponse ci-dessous :

Dun-sur-Auron, le 2 juin 1911.

Monsieur le Directeur,

Je vous adresse tardivement mon avis sur cette question délicate : « Aliénation mentale et divorce. » Me trouvant en voyage quand votre lettre est arrivée, je n'ai pu, à mon grand regret, vous répondre plus tôt.

En principe je suis partisan du divorce pour cause d'aliénation. Comme à beaucoup de personnes, il me paraît odieux et désastreux au point de vue familial de river indissolublement un être jeune et sain d'esprit à un autre être dont l'intelligence est définitivement obscurcie, on égarée comme un dément précoce ou un malade atteint de délire systématisé chronique. Quand tous les liens moraux du mariage sont détruits, quand par le fait de l'internement existe une séparation effective ou quand la vie en commun n'est plus possible sans danger pour l'un des conjoints, faire de l'aliénation un obstacle absolu au divorce n'est-ce pas consacrer une anomalie? Il serait néanmoins dangereux d'admettre en règle générale que la folie soit considérée comme une cause légale de divorce. Une telle disposition, en facilitant outre mesure la dissolution du mariage, entraînerait fatalement des abus regrettables. Elle rendrait particulièrement délicat le rôle du médecin appelé à constater et à certifier l'état d'aliénation. Il serait à craindre notamment que les hésitations du médecin fassent perdre au malade le bénéfice d'un internement précoce. Le divorce pour cause d'aliénation doit par conséquent être réglementé par des dispositions applicables seulement à des cas particuliers. Il ne semble pas que le pronostic d'incurabilité puisse fournir le critérium qui décidera du divorce. Tout d'abord il n'est pas toujours possible de porter affirmativement un tel pronostic même après une observation prolongée. Au surplus, les aliénés incurables, les chroniques, sont bien souvent des malades tranquilles ne menaçant nullement la sécurité de leur entourage. En se basant sur le seul fait de l'incurabilité, il serait excessif de prononcer le divorce dans tous les cas de démence sénile ou d'affaiblissement intellectuel consécutif soit à un ramollissement, soit à une hémorrhagie cérébrale. A défaut de l'incurabilité, doit-on prendre comme base absolue l'ancienneté de la maladie, fixée par exemple à trois ans? Nous ne le pensons pas, nous réservant tout à l'heure d'indiquer pourquoi cette dernière condition n'est pas indispensable.

En pratique on devra, d'après nous, se baser moins sur le fait de l'aliénation que sur les conditions nouvelles d'existence créées à l'un des époux par l'aliénation de son conjoint. Les raisons qui décideront du divorce en cas d'aliénation doivent être celles qui, en règle générale, entraînent la dissolution du mariage. Ces raisons resteront toujours appréciables par le tribunal, éclairé au besoin par l'avis d'un expert. Quelques exemples serviront à préciser notre pensée.

Dans une première hypothèse nous envisagerons les cas d'aliénation qui se sont déjà manifestés par des accès avant le mariage. Ces cas sont plus fréquents qu'on ne le pense généralement. Il suffit de citer l'épilepsie et les diverses folies intermittentes dont les premières atteintes coïncident souvent avec la puberté. Ailleurs, il s'agit d'un aliéné raisonnant dont le déséquilibre constitutionnel se traduit moins en paroles que dans la conduite journalière. Il peut se faire aussi qu'un paralytique général contracte mariage à une période où son affection est encore peu apparente. Dans ces diverses circonstances, si l'on peut faire preuve que l'aliénation continue ou intermittente a été ca-

chée ou inconnue jusqu'après le mariage, le demandeur paraît fondé en réclamant le divorce pour ce motif qu'il y a eu erreur sur la personne. Non seulement il est légitime en pareil cas d'accorder le divorce, mais encore de prononcer le jugement aux torts de l'aliéné, sans que le conjoint sain d'esprit soit astreint à des obligations au point de vue alimentaire. Il va de soi que la faculté de réclamer le divorce doit être exclusivement réservée au conjoint sain d'esprit.

Quand l'aliénation a débuté un certain temps après le mariage, le problème devient plus complexe. Les adversaires du divorce font alors rentrer l'aliénation parmi les risques du mariage, assimilant cette maladie à toute autre affection physique incurable. Un tel rapprochement ne semble pas justifié. Comme le dit M. Viollette, s'il est vrai que l'aliénation peut être considérée comme une maladie, c'est tout au moins une maladie d'un genre bien spécial. Par définition, l'aliéné a perdu l'intégrité de son moi, il est devenu étranger à lui-même; à ses semblables, au monde extérieur. Ses pensées, ses sentiments, son caractère ont subi de profondes modifications qui font de lui un être insociable très souvent même dangereux. S'il est juste qu'au point de vue pénal l'aliéné bénéficie de l'irresponsabilité, son conjoint n'en est pas moins fondé de réclamer réparation des dommages causés et protection contre les dangers à venir. Ici comme précédemment, c'est sur des faits que devra s'appuyer le tribunal pour juger l'opportunité du divorce.

S'il s'agit d'un aliéné interné, la durée de l'internement fournira un élément d'appréciation important. Les partisans du divorce pour cause d'aliénation admettent en général que trois années de séjour dans un asile constituent une présomption suffisante en faveur de l'incurabilité et pour ce motif réclament la prononciation du divorce. Cette règle est, à notre avis, trop absolue. L'état habituel de démence, voire même le pronostic d'incurabilité ne nous semblent pas des motifs suffisants pour entraîner dans tous les cas la dissolution du mariage. Parmi les malades internés depuis trois ans il y a des déments organiques sans idée délirante active, de simples déments séniles qui pourraient tout aussi bien vivre dans un hospice ou même dans leur famille. La nature spéciale des troubles mentaux et leur apparition tardive sont des raisons suffisantes pour établir une conception.

Laissant de côté toute question de pronostic, on pourra, quand le malade est interné, subordonner le divorce aux deux conditions suivantes : 1° Lorsqu'il est reconnu par le médecin traitant que l'état d'aliénation rend le malade insociable ou dangereux soit pour lui-même soit pour son entourage; nécessite une surveillance ou des soins qui ne peuvent exister ailleurs que dans un asile; 2° Lorsque l'internement remonte à trois années au moins. L'internement est ici envisagé surtout comme séparation de corps. La condition précédente n'intervient que pour attester la nécessité de cette séparation. On peut dès lors appliquer à l'aliéné les dispositions générales concernant la séparation de corps en accordant le divorce quand cette dernière remonte à trois années.

Si, dans certains cas, les trois années d'internement ne nous semblent pas une raison suffisante pour entraîner le divorce, inversement nous admettons qu'il n'y a pas toujours lien de le refuser quand l'internement est de date plus récente ou même fait défaut. Certains alcooliques qui se montrent très dangereux pendant leur période délirante guérissent assez rapidement mais, une fois sortis, se livrent à de nouveaux excès et présentent les mêmes accidents. Ils peuvent ainsi faire à l'asile de nombreux séjours dont le plus long n'atteint pas trois ans. De tels malades, dominés par les idées délirantes de jalousie, si fréquentes dans l'alcoolisme, rendent à leurs conjoints l'existence insupportable quand ils ne se livrent pas sur eux à des sévices graves. Le même cas peut se présenter avec les intermittents et avec les dégénérés qui, après une bouffée délirante de courte durée, n'en demeurent pas moins des anormaux, tyranniques, emportés, se rendant odieux de mille façons. Dans l'intervalle de leurs internements, alcooliques, intermittents, dégénérés peuvent en outre procréer et enrichir la société de produits inférieurs. Ce sont là, semble-t-il, des raisons suffisantes pour justifier quelquefois le divorce. C'est au tribunal d'apprécier les mobiles qui guident le demandeur et de statuer en se basant sur la matière des actes commis par l'aliéné. Quand le divorce est prononcé pour cause d'aliénation mentale postérieure au mariage, il est équitable que l'époux ou l'épouse sain d'esprit ait la charge d'assister leur conjoint placé ou non dans un établissement spécial.

En résumé, le divorce pour cause d'aliénation mentale est avant tout une question d'espèces. Pour résoudre le problème particulier à chaque cas, le médecin peut donner son avis sur la nature de la maladie, mais il ne doit jamais se substituer au magistrat dans l'appréciation des faits susceptibles d'entraîner le divorce.

SAINT-PRIVAT DE FORTUNÉ.

(A suivre).

REVUE DE PEDIATRIE

Que faire d'un enfant qui pisse au lit ? par le Dr Bosc, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin de la crèche à l'hospice général de Tours. *(Gazette médicale du Centre.)*

Au temps de notre enfance, cette question recevait une solution familiale, qui n'était pas pour embarrasser le praticien : on privait de dessert aux premières manifestations, on donnait le fouet aux récidives, — méthode, qui, pour les raisons que nous exposerons plus loin, donnait d'ailleurs une heureuse proportion de succès : on faisait de la suggestion sans le savoir, et sous une forme héroïque.

Mais l'incontinence nocturne ne tarda pas à traverser une période dite scientifique, d'où elle revint si chargée de traitements incohérents, qu'aujourd'hui encore, lorsqu'on amène consulter un de ces malheureux enfants, le médecin, embarrassé par tant de drogues infaillibles, d'injections et d'électricité, a une tendance fâcheuse à le déclarer incurable, mort socialement, suivant le mot de Pajot (1).

Le problème est cependant assez simple pour être traduit par les axiomes suivants (dont les chiffres n'ont d'autre prétention que de fixer les idées).

1° 98 0/0 des incontinents infantiles sont des nerveux, des psychiques, relevant d'un seul traitement à applications variées, la suggestion, et aisément curables.

2° 2 0/0 à peine ont un rapport avec une maladie organique.

Sur ces 2 0/0, on recherchera par ordre de fréquence :

1° *La tuberculose rénale,* dont on connaît le retentissement habituel sur la vessie, et à laquelle on doit toujours songer, en présence de phénomènes pollakiuriques (Bazy) : mais l'incontinence, dans la tuberculose rénale, est aussi bien diurne que nocturne.

2° *L'épilepsie infantile.* — Nombre de crises épileptiques n'ont lieu que la nuit, et s'accompagnent de miction involontaire. Mais ces crises ne reviennent qu'à intervalles plus ou moins espacés, — et l'enfant présente le lendemain les stigmates de la crise comitiale, dépression mentale, abattement physique, morsure de la langue.

(1) La notion de cette incurabilité est tellement répandue dans le public, que, le plus souvent, on n'en parle même plus au médecin, on la cache comme un déshonneur de famille. Beaucoup d'enfants martyrs sont des incontinents urinaires (Hertoghe).

3° *Quelques cas exceptionnels* de rétrécissement de l'urètre, de cystite, de calculs vésicaux, de pyélite, de pyélonéphrite, et ces faits où la vessie particulièrement irritable a une capacité réduite à 20 grammes, 50 grammes, etc...

Mais là encore, l'incontinence n'est pas uniquement ou surtout nocturne, elle se voit aussi bien le jour que la nuit.

4° Enfin ce qu'on a appelé les *incontinences réflexes*, liées à des malformations ou des irritations de voisinage : phimosis, étroitesse congénitale du méat, certaines variétés d'épispadias ou d'hypospadias, c'est là un chapitre traditionnel, que tous les traités de médecine se passent avec un culte, qui n'appartient qu'aux erreurs : mais de simples coïncidences ne suffisent pas à faire une cause.

En résumé, il existe quelques cas exceptionnels, où le médecin agira sagement, en conduisant son petit malade dans le cabinet du spécialiste. Là les méthodes d'examen modernes, en particulier le cystoscope (1), dont l'introduction est possible dès l'âge de 5 à 6 ans, pourront révéler des lésions de cystite, des altérations des orifices urétéraux, des malformations qui indiquent la nature de la maladie.

Nous le répétons, ces faits sont l'infime exception : débarrassée de l'échafaudage qui la masque traditionnellement, étudions donc l'incontinence nocturne infantile, telle qu'elle se présente d'ordinaire à l'examen du médecin.

I. — INCONTINENCE NOCTURNE ESSENTIELLE

> Quand on parle d'incontinence essentielle, on veut dire incontinence dont on ne connaît pas l'essence (Tédenat).

Les travaux de ces dernières années, inaugurés par la thèse de Guinon (2), ont abouti à une conception simple et logique, qui peut se résumer ainsi :

Tous ces enfants sont des nerveux, des psychiques.

Si leur incontinence ne se produit le plus souvent que la nuit, c'est qu'il existe, entre le sommeil et la miction involontaire, un rapport que nous allons préciser.

Normalement, la vessie est soumise à deux forces antagonistes : celle du muscle vésical expulseur, celle du sphincter qui résiste et retient l'urine. Toutes les fois que la vessie est pleine, l'urine parvient sur la région membraneuse ; celle-ci, douée d'une sensibilité exquise, joue le rôle d'une sonnette d'alarme (Weil) et donne l'éveil à la moelle : de la moelle, la sensation monte au cerveau, et atteint les centres moteurs, qui envoient au sphincter l'ordre de se contracter ; l'urine reste dans la vessie.

Si, la nuit, les choses ne se passent plus ainsi, c'est que les communications entre le cerveau et la vessie sont interrompues (3), et elles peuvent l'être de différentes façons : souvent parce que le sommeil est trop profond, parfois par une sorte d'asphyxie par l'acide carbonique, en particulier chez les enfants atteints d'obstacles respiratoires (végétations, polypes nasaux, goître, etc.), qui ont pendant la nuit une ventilation insuffisante de leur sang : et le plus souvent, peut-être, par trouble purement psychique, une sorte d'oubli de fonctionnement que la suggestion rétablit quelquefois d'une façon instantanée.

Alors l'excitation parvient encore à la moelle, mais celle-ci réagit seule, sans le contrôle du cerveau, et laisse le sphincter s'ouvrir. L'enfant commet là un acte de somnambulisme (4) localisé, il réalise inconsciemment pendant le sommeil un acte qui est d'habitude soumis au contrôle de la volonté.

Aussi deux pensées directrices devront guider

(1) Desnos. Traité des maladies des voies urinaires, 1903.
(2) Guinon. Névroses urinaires chez l'enfant.
(3) M. Perrin. Société fribourgeoise de médecine, 18 juil. 1903.
(4) Weill et Péch *La Pédiatrie pratique,* nov. 1907.

l'examen du médecin : l'incontinent nocturne est un nerveux, il pisse au lit parce que les communications entre son cerveau et sa vessie sont interrompues.

II. — Examen de l'enfant

Il y a deux façons de procéder : l'une, celle du spécialiste, consiste à mettre aussitôt l'enfant sur la table d'examen, à rechercher minutieusement le phimosis, les adhérences prépuţiales, l'étroitesse du méat, etc... : comme il en existe, à quelque degré chez tous les enfants, ces premières recherches donnent toujours un résultat, si médiocre qu'il soit. — Puis on pratique le cathétérisme à l'aide d'une bougie à boule : et alors, on bien la sonde pénètre dans la vessie sans rencontrer le moindre obstacle, comme il arrive chez le plus grand nombre des malades sondés, et le médecin déclare, sur la foi de Guyon, qu'il y a *atonie du sphincter* : atonie d'autant plus curieuse d'ailleurs que ce sphincter insuffisant la nuit, fonctionne dans la journée à la satisfaction générale Ou bien la sonde a quelque difficulté à traverser la région membraneuse, en raison du *spasme de ce sphincter*, comme il arrive non moins fréquemment chez tout malade sondé, et le médecin déclare avec non moins de certitude, que l'incontinence est l'effet de ce spasme (2). — Les partisans de ces théories ingénieuses prennent rendez-vous avec les parents pour des séances d'instillations, de dilatations ou d'électricité ; mais ils ont parfois le désagrément de ne plus revoir leurs petits malades. — Le simple passage d'une bougie exploratrice, effectué dans l'impressionnant décor du cabinet médical, a guéri l'enfant, qui a laissé sur la table d'examen son infirmité, et les théories de son médecin. L'antre méthode, — la meilleure à notre avis, — consiste à s'enquérir d'abord de l'hérédité : on apprendra ainsi que le nervosisme règne en maître dans la famille, que le pere ou la mére, ou des frères et sœurs ont été atteints de la même infirmité ; parfois l'interrogatoire des parents fera découvrir des antécédents plus précis : hystérie, hypocondrie, débilité mentale, accès de somnambulisme, alcoolisme, etc...

Les enfants (presque toujours des garçons) présentés au médecin, peuvent eux-mêmes être catalogués en deux variétés : les uns, éveillés, intelligents, mais émotifs, excitables, rêvant la nuit, sont de simples psychiques, et cette infirmité n'est chez eux qu'un stigmate léger d'hérédité nerveuse : elle ne s'oppose nullement à l'intégrité cérébrale.

Les autres sont des dégénérés, depuis les simples indisciplinés, méchants, sournois, jusqu'aux débiles, imbéciles, idiots épileptiques (ce sont les incontinents des asiles), ornés de tous les stigmates physiques de dégénérescence (asymétrie cranienne, prognathisme, etc.).

Les uns et les autres présentent souvent les petits signes de l'hypothyroïdie (Hertoghe), et les végétations adénoïdes sont particulièrement fréquentes chez eux (Major-Lienn).

L'interrogatoire révèle les caractères habituels de l'incontinence nocturne : l'infirmité s'est établie parfois par simple persistance chez l'enfant des habitudes du premier âge, le plus souvent elle n'est apparue qu'à 4. 6, 10 ans, etc... sans cause apparente, ou à la suite d'une émotion, d'un traumatisme, d'une maladie aiguë. Les uns mouillent à peine leur lit, les autres ont des mictions si abondantes que la literie est traversée ; le réveil à heures fixes, plusieurs fois la nuit, que les parents essayent toujours avant de consulter un médecin, ne sert à rien : l'enfant se lève docilement, pisse dans son vase, se rendort, et mouille de nouveau son lit. — Le plus souvent d'ailleurs ces mictions involontaires ne le réveillent pas, et il ne se souvient de rien, le matin. — Il y a des périodes d'amélioration, d'arrêt, et d'autres périodes de recrudescence : dans la journée la plupart retiennent leur urine, tout en restant des pollakiuriques, astreints à uriner toutes les heures, toutes les deux heures.

La guérison spontanée peut survenir brusquement à la suite d'une maladie aiguë, d'une émotion, d'une menace ; ordinairement elle se produit vers l'adolescence, au moment où le sommeil devient moins lourd. Quelques-uns resteront des pollakiuriques nocturnes, sentant le besoin d'uriner, et obligés de se lever plusieurs fois la nuit pour le satisfaire. Certains deviendront des psychopathes urinaires (spasme de l'urètre, névralgie vésico-urétale) ou génitaux (hypochondrie, spermatorrhée. etc.) (1) — Très rarement l'incontinence persiste jusqu'à l'âge adulte et constitue une infirmité incurable : c'est le fait surtout des grands dégénérés.

III. — Traitement

a). *Recommandations d'ordre général.* — Une fois l'interrogatoire et l'examen de l'enfant terminés, les parents seront pris à part, et on essayera de leur faire comprendre que le traitement doit porter sur le psychisme du petit malade : on leur laissera entendre avec tact et mesure que le succès est lié au degré d'intelligence et d'éducation de leur enfant : qu'il y a tout à espérer d'un enfant intelligent, qu'il n'y a presque rien à attendre d'un dégénéré complet.

On peut d'ailleurs leur promettre un résultat favorable dans 85 0/0 des cas : c'est la proportion moyenne des statistiques — quel que soit le mode de traitement. — Enfin, ils seront prévenus qu'en cas d'échec, une autre méthode peut donner un succès, là où la première a échoué ; que plusieurs tentatives variées sont parfois nécessaires avant d'obtenir un résultat définitif, et ils seront convaincus de la nécessité de poursuivre le traitement un certain temps après la guérison, afin d'éviter des rechutes, qui sont particulièrement fréquentes, dans cette infirmité.

Une autre question se pose, ces traitements sont-ils indispensables ? — La question a été résolue par Farez pendant le sommeil naturel, par Liebault, Bérillon, Cullerre, etc... pendant le sommeil hypnotique : les uns et les autres ont obtenu, même à l'âge de 4 ans, de 3 ans (Bérillon) des cures définitives par la suggestion (2) pure et simple. — Mais les pratiques de l'hypnose classique, toujours un peu dramatiques, ne sont pas acceptées sans répugnance par les familles, qui refuseront souvent de laisser endormir leur enfant. Ces manœuvres ne sont peut-être pas sans inconvénient d'ailleurs, sur des cerveaux de nerveux, et peuvent être le point de départ d'autres troubles psychiques.

On se contentera de solliciter le concours mental de l'enfant, de pratiquer, suivant le mot à la mode, de la rééducation psychique en lui expliquant que le traitement va le guérir pour peu que lui-même s'applique à le seconder. On se gardera des affirmations solennelles de guérison instantanée et définitive, — qui en cas d'échec, entretiendraient dans son esprit une méfiance prolongée, — et on se rappellera par ailleurs que les longs raisonnements (1), si souvent nécessaires chez l'adulte, sont rarement de mise chez l'enfant ; la plupart de ces petits malades, dégoûtés de leur infirmité, ne demandent d'ailleurs qu'à guérir le plus rapidement possible. — En un mot la suggestion, loin d'être imposée, sera voulue et consciemment donnée par le sujet lui-même (2).

Nous indiquons maintenant les différentes méthodes auxquelles le médecin peut recourir : nous les donnons par échelle de simplicité, — et de préférence personnelle, — et, dans chacune d'elles, nous mentionnerons également par ordre les procédés qui nous paraissent les meilleurs.

b) *Hygiène générale.* — En quelques cas, elle peut suffire à assurer la guérison, elle est, en tout cas un adjuvant précieux dans l'emploi des autres méthodes. L'enfant sera tonifié, s'il est besoin, pour son état général ; il sera, l'été, conduit aux bains de mer, ou à Salins, ou Salies-de-Béarn, à Briscous-Biarritz. L'hydrothérapie ne lui sera refusée sous aucune forme : lotions tièdes ou froides, drap mouillé laissé le matin d'un quart d'heure à une heure. Un bain de siége bien froid donné le soir au moment de se coucher.

Son régime alimentaire sera aussi peu carné que possible ; ni vin, ni thé, ni café, ni alcool : les boissons seront diminuées aux repas, en particulier à celui du soir : un demi-verre sera suffisant pour un enfant de six ans par exemple, on ne donnera de liquide que juste ce qu'il faut pour ne pas étouffer — (Variot).

On l'entraînera pendant la journée à conserver ses urines le plus longtemps possible, pour accroître la tolérance de sa vessie et éduquer son sphincter ; la nuit on exhaussera les pieds du lit, de façon à ce que le siège étant plus élevé que la tête, le contact de l'urine avec la région membraneuse, point de départ du réflexe mictionnel, soit retardé le plus possible.

On s'inquiétera du chimisme urinaire ; le bicarbonate de soude sera donné aux uricémiques : l'urotropine à la dose de cinquante centigrammes par jour sera réservée aux urines alcalines.

Enfin si l'enfant présente des signes nets d'infantilisme, si c'est un enfant retardataire et arriéré, on aura avantage à essayer des préparations thyroïdiennes : elles peuvent donner des succès définitifs en dehors de toute autre médication. — Il sera bon également de vérifier son naso-pharynx, et de faire, d'un coup de curette, tomber des végétations trop encombrantes.

c) *Médicaments donnés par la voie gastrique :*
1° *La Belladone* est un des médicaments qui donnent le plus de succès : admettons avec les auteurs classiques qu'elle le doit à son action antispasmodique.

On donnera de préférence la solution de sulfate d'atropine au millième, la résistance à l'intoxication étant plus grande chez les enfants pour les solutions d'atropine que pour les préparations belladonées.

On formulera :

Sulfate neutre d'atropine 0 gr. 01
Eau distillée........ .. 10 grammes

et on prescrira un nombre de gouttes en rapport avec l'âge du petit malade. — Voici les doses pour un enfant de six ans :

Commencer par quinze gouttes, dans une cuillerée d'eau sucrée, réparties le matin, à midi et le soir, si l'incontinence est à la fois diurne et nocturne, ou données dans une seule pri-

(1) On a d'ailleurs maintes fois vérifié la manière dont l'urine s'écoule la nuit de la vessie : ce n'est jamais goutte à goutte, comme ne manquerait pas de le laisser faire une atonie sphinctérienne, mais sous forme d'un jet lancé avec brusquerie.

(2) Rochet et Jourdannet (*Gaz. des hôpitaux*, 1897) ont pu réunir quelques cas exceptionnels de spasme vrai ; les enfants faisaient de la rétention et de temps à autre vidaient leur vessie, la nuit en particulier.

(1) Association des Urologistes, 1908.

(2) Quand on emploie le sommeil hypnotique, on suggestionne à l'enfant qu'il sentira le besoin d'uriner pendant le sommeil — et qu'il se réveillera pour satisfaire ce besoin. — On peut aussi procéder en deux étapes : dans une première séance, on suggère l'idée de se réveiller à heure fixe pour uriner une fois dans le milieu de la nuit, ou dans le premier tiers (il est indispensable de placer dans la chambre une pendule ou un réveil sonnant l'heure indiquée pour la miction ordonnée). Puis quand ce résultat est obtenu, on lui commande de résister à son besoin tout en dormant — chez les sujets très faciles à suggestionner, on peut simplement suggérer l'idée qu'ils ne pourront jamais uriner dans la station horizontale — qu'il leur sera désormais indispensable d'être debout pour vider leur vessie. Dans tous les cas, il faudra aussi persuader que la guérison persistera même après la cessation du traitement, sous peine de voir l'affection récidiver.

Deschamps, *Annales de Méd. et Chir, infantiles 1908.*

(1) Paul Emile Levy. Neurasthénie et névroses. Leur guérison définitive en cure libre.

(2) Idem.

se, après dîner si l'incontinence est uniquement nocturne. Augmenter de trois gouttes par jour jusqu'à 30 gouttes par jour (soit un milligramme et demi d'atropine) : maintenir cette dose pendant deux à trois jours. Si l'affection a cédé avant cette date, il est bon de continuer le traitement jusqu'au bout pour assurer la persistance plus certaine de la guérison. — Parfois, on a vu des enfants guérir définitivement après la première prise, ou au bout de cinq à six jours. En cas d'échec, on peut recommencer une seconde fois, après une quinzaine de jours, et au besoin, en augmentant les doses, si la résistance du sujet le permet.

Pour les tout jeunes enfants, on commence par six gouttes jusqu'à quinze, et vingt gouttes au maximum. — Pour les grands de 13 à 14 ans, on peut aller sans inconvénient jusqu'à cinquante gouttes.

Quand on donne la dose totale en une seule fois, il est prudent de la *diminuer d'un tiers environ.*

Pendant l'administration du médicament, on surveillera les phénomènes d'intoxication belladonée, en particulier la sécheresse de la bouche et la dilatation pupillaire; ils n'apparaissent d'ailleurs que dans les cas rebelles où il faut donner des doses considérables : jamais, avec ces chiffres, on n'a eu d'accidents graves.

2° *L'extrait de belladone* a été préconisé par Trousseau, comme l'arme thérapeutique la plus puissante contre l'incontinence nocturne. La dose initiale est de 1 centigramme d'extrait de belladone, tous les soirs au moment du coucher; augmenter de 1 centigramme tous les 4 ou 5 jours, de façon à arriver aux doses de 10, 15 et même 20 centigrammes pris en une fois au moment du coucher, si la tolérance le permet.

L'énurésis cède en général à ce moment, mais il faut maintenir cette dose maxima pendant des semaines et même deux ou trois mois : on diminue ensuite progressivement les doses.

On peut associer l'extrait de belladone à la poudre, et formuler :

Extrait de belladone....... 0 gr. 01
Poudre de belladone........ 0 gr. 01

pour 1 pilule, et dans ce cas ne pas dépasser la dose de 8 à 10 centigrammes.

3° *L'antipyrine*, préconisée par Perret et Devic (1), est assez efficace, à la dose de 2 à 3 grammes, prise le soir en deux ou trois fois à une heure d'intervalle.

4° *Le Bromure de Potassium* est généralement délaissé aujourd'hui. Bouchut le préconisait à la dose de 3 à 4 grammes par jour : Weil, qui lui doit des succès, a pu élever ces doses sans inconvénient jusqu'à 8 à 10 grammes par jour.

5° *L'adrénaline* vient d'être recommandée par Ferrari, prise à l'intérieur à la dose de 20 à 40 gouttes de la solution au millième deux fois par jour; elle lui aurait donné de nombreux succès

6° *La noix vomique* et les médicaments que nous allons maintenant passer en revue, ont été administrés avec l'idée systématique de lutter contre l'atonie du col : ils donnent certainement des résultats inférieurs aux précédents.

7° *Sulfate de strychnine.* — Trousseau n'a pas craint, en débutant par deux doses de 2 milligrammes et demi chaque, et en augmentant de 2 milligrammes et demi tous les deux jours, d'arriver, en cas de tolérance, aux doses de cinq à six centigrammes par jour. Malgré tout le respect dû à ce grand clinicien, nous ne saurions trop conseiller l'oubli d'un pareil traitement.

Nous n'avons pas un enthousiasme beaucoup plus grand pour le sirop de strychnine (à cinq centigrammes de sulfate de strychnine par 100 grammes de sirop de sucre), dont une cuiller à café correspond à peu près à 2 milligrammes et demi. On le donne de la façon suivante : deux cuillers à café, 1 le matin et 1 le soir pendant deux jours; deux jours d'arrêt et si ces premières doses ont été bien supportées, on monte à 3 cuillers à café pendant deux jours : nouveau repos de deux jours et on arrive à la dose de 4 cuillers à café par jour — pendant encore deux jours : (on s'arrêtera à cette dose).

Ce sont des médicaments et des doses peu recommandables.

8° *Le rhus aromatica* correspond à ce qu'on a appelé emphatiquement le traitement de Freybeyer (1). L'extrait fluide se donne à la dose de 10 à 60 gouttes par jour : il a au moins, sur les drogues précédentes, l'avantage d'être complètement inoffensif.

9° Enfin l'*ergot de seigle* a été administré en prises de 0 gr. 10 centigrammes de poudre, 3 à 4 fois par jour. L'ergotine a été injectée localement dans la région peri-anale.

d) *Injections.* — Sous ce titre, nous rangeons trois méthodes différentes, dont la plus connue et la meilleure est celle des :

1° *Injections épidurales de Cathelin.* — Elles ont tenu les promesses de leur début, et de nombreux urologistes allemands les considèrent actuellement comme le procédé de choix. On se propose, par cette méthode, de faire pénétrer dans le canal du sacrum, dans ce qu'on appelle l'espace épidural, ce qui a sur la ponction lombaire l'avantage de rester en dehors de la moelle et de ses enveloppes, — un liquide physiologique dans le but de communiquer aux nerfs de la queue de cheval et aux nerfs sacrés en particulier, une sorte d'ébranlement salutaire.

Le manuel opératoire est très simple, et l'instrumentation se réduit à une seringue de Roux et à une aiguille en platine, longue de 5 centimètres ; chez l'enfant, l'aiguille à sérum peut servir.

L'enfant est mis sur un lit, en décubitus latéral gauche, les membres inférieurs repliés en chien de fusil, tout le corps recourbé en arc de cercle : la région sacrococcygienne est soigneusement aseptisée : les points de repère se trouvent à fleur de peau.

L'index gauche suit les saillies de la crête sacrée, en descendant, et tombe dans une dépression triangulaire à base fessière : c'est la dépression en marche d'escalier (Cathelin) (2), — de chaque côté de laquelle on sent nettement deux petites tubérosités osseuses, qui sont les cinquièmes tubercules sacrées postéro-internes : ce triangle limité en haut par le sommet de la dernière apophyse épineuse sacrée; représente l'ouverture inférieure du canal sacré : elle est fermée par des trousseaux fibreux qui constituent une sorte de membrane, à la façon des fontanelles.

Le lieu d'élection est sur la ligne médiane, un peu au-dessous d'une ligne horizontale réunissant les deux tubercules sacrés latéraux.

1er *Temps* : Tenant l'aiguille, biseau en haut, de la main droite, l'index gauche appuyant sur le triangle sacré pour immobiliser la peau, on dirige d'abord l'aiguille légèrement oblique à 20 degrés sur l'horizontale, jusqu'à ce qu'on ait la sensation d'avoir perforé le ligament, lequel, tendu, est crevé comme une peau de tambour. (Cathelin).

2e *Temps* : On retire alors l'index gauche, puis on abaisse le pavillon de l'aiguille de façon à le rendre horizontal : il ne reste plus qu'à pousser l'aiguille tout droit, mais sans forcer. Il peut arriver en effet que l'aiguille qui est entrée facilement huit à 2 ou 3 centimètres contre une saillie osseuse appartenant le plus souvent à la troisième vertèbre sacrée.

Il faut alors retirer l'aiguille de quelques millimètres, appuyer très fortement sur elle avec la pulpe de l'index gauche au niveau du ligament, et pousser le pavillon doucement de l'index droit. En fléchissant ainsi le plus possible le bras de levier externe de l'aiguille, on dégage un peu sa pointe, qui, poussée, franchit alors facilement le « cap de la 3e sacrée ».

L'aiguille ne doit pas entrer plus de 4 centimètres, de crainte de blesser le cul-de-sac arachnoïdien bas-situé chez l'enfant; si elle était restée hors du canal, il se formerait, au premier coup de piston donné à la seringue, une boule d'œdème sous-cutanée, qui avertirait de la fausse route.

On injecte alors le liquide contenu dans la seringue : 10 centimètres cubes de sérum physiologique, 20 à 30 dans les cas rebelles (il est inutile d'ajouter de la cocaïne, comme on le fit aux premiers temps de la méthode).

On fera ainsi deux à six injections, à des intervalles de 3 à 8 jours : si à ce moment-là, on n'a obtenu aucun résultat, il est inutile d'en continuer l'emploi. Les bons cas donnent d'ailleurs un résultat presque immédiat.

Avec un peu d'habitude ces ponctions épidurales se font très aisément : elles n'ont aucun des inconvénients de la ponction lombaire (1).

2° *Injections rétro-rectales de Jaboulay.* — Ce procédé, d'une grande simplicité d'exécution, se propose d'agir sur le plexus hypogastrique, dans la cavité pelvienne. Il suffit d'enfoncer presque verticalement l'aiguille d'une seringue de Roux, à la pointe du coccyx ou un peu à côté d'elle. Un doigt introduit dans le rectum permet de suivre le trajet de l'aiguille, et d'éviter la perforation.

On injecte 100 cent. cubes de sérum physiologique à chaque séance ; une seule peut suffire à donner un succès définitif.

3° *Position lombaire simple.* — La simple soustraction de liquide céphalo-rachidien (il est toujours prudent de ne pas retirer plus de 10 centimètres cubes en une séance), pratiquée avec les précautions habituelles (malade couché depuis 24 heures, ponction en décubitus, le siège plus haut que la tête, séjour de 24 heures au lit après la ponction), s'est montrée inoffensive et a donné des résultats positifs à Babinsky et à Boisseau : ces résultats servent au moins à démontrer le rôle prépondérant de la suggestion dans la plupart des traitements.

e) *Electricité.* — On l'a appliquée sous toutes les formes possibles aux malheureux incontinents :

1° Le procédé le plus simple est *l'électrisation localisée* (2) et la faradisation du sphincter vésical suivant la méthode de Genouville et Compain ; on se contente d'une séance de 3 à 5 minutes une fois par semaine ; la source d'électricité est fournie par une bobine d'induction à fil moyen ou gros (chariot de Gaiffe, à intermittences lentes) (3).

On applique à l'hypogastre le pôle positif (plaque d'étain de 5×10 centimètres, recouverte de peau de chamois imbibée d'eau salée : le pôle négatif est placé au périnée.

Ce procédé évite au petit malade et au médecin l'ennui d'introduire un cathéter dans l'urètre, et ne donne pas de résultats inférieurs aux autres méthodes

2° *Procédé de Guyon.* — On introduit vers la région membraneuse de l'urètre une olive métallique terminant une bougie qui est revêtue d'un manchon isolant. L'olive communique avec le pôle négatif d'un appareil d'induction. Le pôle positif est placé sur le pubis. Le courant induit sera, comme dans le cas précédent, à interruptions lentes : on fera des séances de 2 à 3 minutes tous les deux jours.

(1) Perret et Devic Buisson, *in thèse*, Lyon 1890. De l'antipyrine dans certaines affections de l'enfance.

(1) *Thèse* de M. Perlies, 1900.
(2) Les injections épidurales. *Thèse*, 1903.

(1) Cathelin. De l'innocuité des injections épidurales chez l'enfant. *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, avril 1902.
(2) De l'incontinence d'urine essentielle : son traitement par l'électrisation localisée. *Thèse Paris.* Lacaille, 1900.
(3) *Revue médicale*, 11 mai 1906.

3° Procédés d'électrisation galvanique. — Il y en a de nombreux (Stevaenson, Weill, Marquès, etc...) aucun d'eux n'est de nature à intéresser le médecin praticien. Ils peuvent être décrits de la façon schématique suivante : une électro de négative est placée à la région lombaire, une ou deux positives au périnée : on fait passer un courant dont l'intensité mesurée en milliampères, varie avec chaque procédé, de 10 à 60 et 80 milliampères : séances d'une demi-heure à trois quarts d'heure. D'autres auteurs combinent dans une même séance, la faradisation avec la galvanisation (Erb. Bidou) :

4° Procédés d'électrisation générale. — Avec non moins de succès, on a utilisé l'électricité statique : on soumet le malade à un bain d'électricité statique, de quinze minutes environ, et on fait suivre ce bain d'une application d'étincelles sur la région lombaire pendant cinq minutes (Deschamps) (1). Dans le même ordre d'idées, Estrabaut a employé avec succès les rayons X (2).

f) Traitement local. — Contrairement à l'opinion des spécialistes c'est celui dont on peut se passer le plus facilement dans la cure de l'incontinence essentielle. Il ne donne de résultats qu'autant que l'enfant est averti du but qu'on se propose, car aucun de ces procédés ne peut avoir la prétention d'éveiller la sensibilité urétrale, ou de vaincre la résistance d'un sphincter comme on le croyait autrefois ; on pourra essayer à tour de rôle :

1° Les instillations de nitrate d'argent, ou de sulfate de cuivre, au niveau du col vésical :

2° Inversement les instillations de cocaïne au même niveau ;

3° La dilatation progressive avec de gros béniqués (Roclet et Jourdannet) ;

4° La dilatation graduelle de la vessie. — Par des injections intra-vésicales, Haven, de Boston, injecte de l'eau bouillie ou de l'eau boriquée faible, tiède, jusqu'à ce que l'envie d'uriner apparaisse. Le malade doit garder ce liquide le plus longtemps possible. 10 à 15 minutes dans les débuts, davantage dans les séances ultérieures. Il augmente la quantité du liquide progressivement, et arrive à injecter 500 à 600 grammes en une fois. La durée du traitement est de trois à cinq mois. (Weil.)

IV. — Résultat. Marche a suivre.

Le médecin a donc à sa disposition, pour lutter contre l'incontinence essentielle, des armes thérapeutiques suffisamment nombreuses : en quelques cas, la première employée lui donnera un succès éclatant et définitif ; d'autres fois, il devra recourir à plusieurs méthodes successives, avant d'obtenir un résultat. En retenant nos têtes de chapitre, voici l'ordre dans lequel on aura intérêt à procéder :

1° Débuter par le traitement médicamenteux belladoné avec la solution d'atropine au millième ;

2° Essayer ensuite les injections épidurales de Cathelin, qui sont d'une technique facile, et n'ont aucun inconvénient ;

3° Pratiquer, en cas d'échec, la faradisation suivant la méthode très simple de Genouville et Compain ;

4° Et enfin, passer quelques béniqués, ou déposer à l'aide d'une sonde quelques gouttes de nitrate d'argent au niveau du col vésical.

Si ce premier cycle est impuissant à guérir l'incontinence, on pourra choisir dans chacun de nos paragraphes toute autre méthode, mais en se rappelant qu'elles n'ont de valeur que si leur action est fortifiée par un traitement psychique et une suggestion douce et patiente. En quelques cas, on échouera, et on perdra son temps à vouloir rétablir les communications entre le cerveau et la vessie, pour l'excellente raison que le cerveau du petit infirme n'est apte à recevoir aucune communication.

(1) Annales de médecine et de chirurgie infantiles, 1908.

(2) L'électricité sert également à confectionner des appareils de physique amusante : ainsi Genouville est l'inventeur d'un appareil avertisseur, qui se compose essentiellement de deux toiles métalliques entre lesquelles on place une couche de ouate hydrophile : le tout relié à une batterie électrique est placé sous le siège de l'enfant. Si ce dernier vient à pisser l'urine imbibe l'ouate qui, mouillée, devient bonne conductrice et la sonnette retentit. L'enfant n'a plus qu'à se lever, à changer l'ouate mouillée, à se rendormir... et sans doute à recommencer.

REVUE DES INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

La responsabilité du chirurgien, Conférence du Professeur Delbet.

Les conférences fondées sous le patronage de la Société des Amis de l'Université de Paris sont toujours très suivies. Celle qui fut donnée récemment dans l'amphithéâtre Richelieu de la Sorbonne par le professeur Pierre Delbet, un des cliniciens les plus en vue de la Faculté de Médecine, un maître de la parole aussi, avait attiré une affluence très nombreuse. Le sujet choisi par le conférencier était : « la Responsabilité du chirurgien ».

Le rôle social du chirurgien, a dit excellemment M. Delbet, est de lutter contre l'infirmité, la maladie, la mort. Sa vie est une série de batailles dont il est le général, car c'est lui qui prend les décisions ; dont il est aussi le soldat, l'ouvrier, car c'est lui qui agit manuellement. Il n'y a pas d'œuvre humaine qui soit aussi fortement marquée d'une empreinte personnelle que celle du chirurgien ; elle est personnelle à la fois comme celle du savant, comme celle de l'artiste, comme celle de l'ouvrier. C'est pour cela que sa responsabilité morale est écrasante.

A l'aide de souvenirs pleins d'intérêt et d'exemples bien choisis, le professeur Delbet passe en revue les motifs de la responsabilité du clinicien et en établit les règles, — règles soumises aux contingences. Il fait voir que beaucoup sont flottantes, en perpétuelle revision, car les progrès de la science médicale et de l'art de guérir sont incessants.

Que de cas, en apparence très simples, sont en réalité très embarrassants ! Il en est qui se présentent comme de véritables cas de conscience. Parmi les plus délicats se rangent les cas de tumeurs, qui sont à la limite de l'opérabilité.

Dans les cas graves et difficiles, pour prendre une décision dont dépend la vie d'un de ses semblables, le chirurgien concentre toutes les forces de sa pensée : d'un coup, il revoit toute sa science et en extrait tout ce qui peut s'appliquer à son malade, il fait un grand effort d'altruisme, il se sublime en quelque sorte.

Qu'est-ce donc qui peut le juger ? La science et la conscience. Mais la prosopopée est une figure de rhétorique. La science et la conscience ne vont pas se dresser comme des personnages réels pour lui dire : « Tu as bien agi ! » C'est sa science à lui, sa conscience à lui, science certainement incomplète, conscience peut-être émoussée, peut-être trop vibrante. Il peut donc se tromper. Il se trompera certainement dans le cours de sa carrière. (Dupuytren vieilli bornait sa prétention à s'être trompé moins que les autres). Mais s'il n'a obéi qu'à sa science, et à sa conscience, je dis qu'il n'est justiciable de personne.

Et si, au nom de la loi, on vient lui chercher chicane, ce qu'il éprouve, c'est de la révolte.

(1) Dans cet ordre d'idées, il n'y a aucun motif pour s'arrêter : c'est ainsi que Giordano, de Venise (Congrès de l'association des Urologistes 1908) dans un cas où tous les traitements avaient échoué, souleva le col vésical en le sanglant sous l'arcade pubienne au moyen de deux lambeaux musculaires rabattus pris aux muscles droits et entrecroisés derrière l'urètre isolé sur une sonde, au niveau du col après symphyséotomie ! L'incontinence voulut bien disparaître à la suite de cette intervention.

Je ne dis pas du tout, Messieurs, que le chirurgien doit être au-dessus, ni à côté, ni en marge des lois. Le chirurgien est un homme éminemment social, qui remplit un rôle social important. Comme tous les autres citoyens, il est soumis aux lois, mais je dis que sa profession est particulière, qu'il a droit à des égards spéciaux : je dis que lui appliquer des lois qui n'ont pas été faites pour lui, c'est peut-être juste dans le sens juridique du mot, mais ce n'est pas équitable.

Il n'y a rien dans la loi qui vise la pratique de la chirurgie. An civil, les articles 1382 et 1383 rendent responsables d'un dommage ceux qui en sont la cause. An correctionnel, la loi (articles 319 et 320, homicide ou blessures) admet cinq griefs : la maladresse, l'imprudence, l'inattention, la négligence, l'inobservation des règlements.

Ces termes paraissent singulièrement imprécis quand on cherche à les appliquer à des actes chirurgicaux ; ils sont en même temps si incompréhensifs qu'ils peuvent servir de base aux plus injustes inculpations.

Et l'orateur examine des cas nombreux et variés où la responsabilité du médecin a été discutée. Il ne veut en retenir qu'un, tout récent, qui a, dit-il, déterminé le choix du sujet de sa conférence : celui d'un de ses collègues, chirurgien distingué, connu pour la conscience avec laquelle il soigne ses malades et le dévouement qu'il leur témoigne qui vient d'être condamné dans des circonstances qui ont vivement ému tous les chirurgiens.

Le fond de cette affaire est extrêmement obscur. Il est bien difficile de savoir ce qui s'est passé. Beaucoup d'hypothèses sont possibles. Le tribunal en a admis une qui est pour le moment la vérité légale. Je ne cherche pas à savoir si c'est la vérité vraie. J'admets comme base de la discussion la doctrine du tribunal. La voici. Le chirurgien, en opérant un kyste végétant de l'ovaire qu'il était impossible d'extirper en totalité, a mis dans la cavité kystique des compresses dont deux ont été oubliées. Celles-ci ont pénétré secondairement dans l'intestin et ont été expulsées plusieurs mois après l'anus.

C'est pour avoir oublié ces compresses que notre collègue a été condamné. Je répète que je ne sais pas s'il les a réellement oubliées ; je l'admets non pas parce que je le sais, non pas parce que je le crois, mais parce qu'il existe un grand nombre de cas analogues, parce que c'est là ce qui fait l'intérêt général du procès.

Voici les conclusions du jugement, ou du moins celles qui nous intéressent :

«... Attendu d'autre part qu'il est établi, tant par les enquêtes et contre-enquêtes auxquelles il a été procédé que par les deux rapports des experts et par tous les documents de la cause qu'en novembre 1906, la santé et même la vie de la Dame R..., étaient très gravement compromises et qu'il est impossible de méconnaître et d'oublier que si la demanderesse est encore vivante aujourd'hui, elle le doit très vraisemblablement pour ne pas dire très certainement à l'intervention du docteur B... »

Puis vient un paragraphe où l'oubli des compresses est qualifié de très regrettable, et les conclusions se terminent ainsi :

«... Attendu que le tribunal trouve dans les documents de la cause et notamment dans les rapports des experts les éléments nécessaires pour fixer à la somme de 5.000 francs, les dommages-intérêts dus à la dame R...

« Par ces motifs, condamne le docteur B... à payer à titre de dommages-intérêts à la dame R. la somme de 5.000 francs ».

Quand je lis dans le même arrêt : 1° qu'un chirurgien a sauvé la vie d'une malade, par une opération difficile : 2° que ce même chirurgien est condamné à payer à cette même malade 5.000 francs de dommages-intérêts, je reste stupide ; ces deux termes me paraissent si violemment

contradictoires que je n'arrive pas à comprendre comment on peut les associer, comment on peut être condamné à payer quoi que ce soit à une personne à qui on vient de rendre le plus grand service qu'un homme puisse rendre à un autre.

Je cherche, pour m'éclairer, des cas analogues. Il n'est pas facile d'en trouver. En dehors de la médecine et de la chirurgie, on n'a pas tous les jours l'occasion de sauver la vie de ses semblables. Il y a cependant des gens dont c'est aussi le métier : les pompiers, les sauveteurs. Supposons qu'un pompier en arrachant aux flammes une femme évanouie, qu'un sauveteur en tirant de l'eau un malheureux qui se noie lui luxe l'épaule. Va-t-on condamner le pompier ou le sauveteur à des dommages-intérêts pour cette luxation ? Evidemment on le peut, puisque la loi déclare que tout homme est responsable du dommage qu'il a causé, même involontairement; et non seulement, comme dit l'article 1383, par son fait, mais encore par sa négligence ou par son imprudence. On le peut, mais le ferait-on ? J'ai peine à le croire. Il est vrai que je n'ai pas l'esprit juridique, puisque je n'arrive pas à comprendre qu'on ait condamné notre collègue, et cependant il est condamné.

L'opération avait été pratiquée à l'hôpital, c'est-à-dire gratuitement, et le procès a été fait avec l'assistance judiciaire.

La condamnation du docteur B... a très vivement ému les chirurgiens pour plusieurs raisons :

Jusqu'à ce jugement récent, nous vivions avec l'idée que nous ne pouvions être condamnés qu'en cas de faute lourde ayant occasionné un dommage réel. L'expression faute lourde est évidemment très vague et bien difficile à définir. Nous admettions que seuls les experts pouvaient se prononcer sur ce point... La compétence des experts nous apparaissait comme la sauvegarde de notre profession.

Or, dans le procès en question, les experts ont déclaré qu'il n'y avait pas eu de faute lourde, et le jugement parle seulement d'un oubli très regrettable.

D'autre part, le jugement condamne le chirurgien à des dommages-intérêts alors que les experts affirment dans leur rapport que la présence des compresses n'est pour rien dans l'état de la malade ; ils montrent que, malheureusement pour elle, il y a d'autres raisons qui expliquent sa situation.

Revenant au corps étranger incriminé, M. Delbet s'exprime en ces termes :

« Un avocat éminent me disait à propos de cette conférence : « Vous ne pouvez cependant pas réclamer pour les chirurgiens le droit de laisser des compresses dans les ventres. »

Non, ce n'est pas un droit que je réclame, c'est une tolérance que je demande, que nous demandons, nous chirurgiens. Nous la demandons parce que l'abandon de compresses se produit dans des conditions telles qu'il ne constitue pas une faute. Nous la demandons, parce que dans certains cas, le malade a un réel intérêt à ce que le chirurgien courre le risque de laisser une compresse.

Il y a un moyen bien simple de n'en pas oublier, c'est de ne pas en mettre. Si l'on adoptait cette technique, la mortalité des laparotomies augmenterait dans une énorme proportion. Les chirurgiens ne seraient pas poursuivis, car alors il s'agirait d'une question de technique sur laquelle les tribunaux se sont toujours déclarés incompétents, mais les malades en pâtiraient.

Nous la demandons encore parce que la présence d'une compresse dans le ventre n'entraîne souvent que des conséquences insignifiantes. Ces compresses s'éliminent parfois par l'intestin presque à l'insu des malades.

Vous êtes étonnés. Les chirurgiens l'ont été autant que vous quand les premiers faits de ce genre ont été publiés. On les a accueillis avec un sourire d'incrédulité. Mais depuis, le mécanisme de ces éliminations a été étudié expérimentalement. Il est incontestable. Le corps étranger par lui-même est presque sans importance. Ce qui est important, ce sont les agents pathogènes, les microbes qu'il peut recéler. Aseptique, il s'enkyste ou s'élimine. Nombreux sont les faits qui le prouvent.

Après avoir fait à son tour le procès du rebouteux de grande envergure, qui peut être muni des diplômes nécessaires pour pouvoir pratiquer ; condamner ceux qui ont élevé la « dichotomie » à la hauteur d'une institution ; ceux qui partagent avec les courtiers et les pharmaciens, etc., le professeur Delbet a terminé en ces termes :

« Messieurs, il n'est pas un chirurgien qui n'accepte loyalement le fardeau de la responsabilité. Si par malheur il arrive à l'un de nous de commettre une faute lourde, entraînant des dommages réels, reconnue par des experts compétents, nous accepterons la condamnation.

Mais le récent arrêt qui vient de frapper un de nos collègues apporte à notre situation devant la loi une injuste aggravation, et ses conséquences, s'il y en a, ne peuvent être que fâcheuses pour la société.

Soyons bien sûrs que la vraie sauvegarde du malade ne sera jamais dans la loi ; elle est et ne peut être que dans la science et la conscience du chirurgien. C'est votre intérêt à vous, public, à vous tous qui pouvez avoir besoin un jour des ressources merveilleuses de la chirurgie, que le chirurgien puisse se consacrer à vous sans arrière-pensée. Aussi n'est-il pas bon d'introduire dans son esprit des éléments étrangers à celui qui doit l'occuper tout entier, je veux dire le salut de son malade. »

REVUE DE MÉDECINE COLONIALE

Des trypanotoxines, par A. Laveran et A. Petit (*Bull. soc. pathol exot.*).

Il n'est pas possible que les trypanosomes agissent seulement d'une façon mécanique dans la maladie du sommeil, car tout d'abord chez l'homme et dans la trypanosomiase d'animaux, la mort arrive alors que les trypanosomes sont très rares dans le sang : puis les troubles morbides observées, les altérations anatomiques produites et l'issue souvent fatale de cette maladie suggèrent forcément l'idée d'une intoxication. Or, la plupart des auteurs qui ont recherché les toxines produites par les trypanosomes n'ont obtenu que des résultats négatifs, et les rares résultats positifs publiés sont peu probants.

Les auteurs ont repris l'étude de cette question. Du sang d'animaux (rats) fortement infectés ils isolent, par centrifugation, les trypanosomes, les dessèchent dans le vide sulfurique et injectent le résidu obtenu à la souris, soit en suspension dans l'eau physiologique, soit sous forme d'extrait. Ils ont pu s'assurer de la sorte que les tripanosomes élaborent une endotoxine, dont l'injection à la souris produit les phénomènes suivants : hypothermie, mouvements convulsifs, abattement profond et, à dose massive, la mort. Cet emploi de doses massives pour tuer un animal tient peut-être à ce que la trypanotoxine est peu active ou est éliminée trop rapidement ; à dose faible, si elle ne tue pas de bonne heure, c'est que, sans doute, les altérations graves des tissus ne se produisent qu'à la longue, et alors la mort survient tardivement.

CARNET DU PRATICIEN

Ichtyose infantile

Décaper la peau, s'opposer à la reproduction de la kératose et stimuler les fonctions et l'état général.

Le décapage se fait avec des corps gras associés à des bains savonneux et alcalins. On enduit le corps de savon noir mélangé d'axonge fraîche ou de vaseline dans la proportion d'une partie de savon pour trois, quatre, cinq et plus de vaseline afin d'éviter l'action irritative de la potasse.

On laisse ce mélange quelques heures, une nuit, une journée, s'il est supporté. Sinon, on se sert simplement de vaseline blanche neutre.

Le lendemain on donne un bain avec:

Carbonate de soude....	10 à 30 grammes

dans lequel on peut ajouter, s'il est irritant ou surexcitant :

Gélatine................	50 à 60 grammes

ou :

Glycérine..............	60 à 100 grammes

et si l'on veut produire en même temps un effet tonique :

Carbonate de soude.........	30 grammes
Sulfhydrate d'ammoniaque...	60 —
Chlorure de sodium..........	60 —

Les applications de savon et les bains peuvent être répétées plusieurs jours de suite, en veillant à l'irritabilité de la peau.

Quand l'épiderme est tombé, on applique sur le corps du glycérolé d'amidon ou encore :

Vaseline............	15 grammes
Lanoline............	15 —
Acide tartrique......	0 gr. 50 à 1 gramme

ou :

Vaseline............	20 grammes
Goudron............	0 gr. 50 à 1 gramme

Dès que les squames se reproduisent, on reprend le savon et les bains, en usant toujours, dans l'intervalle, de corps gras non irritants.

Le traitement général doit viser la diathèse ou la constitution de l'enfant : les ferrugineux, l'huile de foie de morue, les préparations iodotanniques et arsenicales seront donnés à doses proportionnées à l'âge.

Obésité

Frictions abdominales avec:

Iodure de potassium.........	10 grammes
Vinaigre scillitique........	200 —

Varices

Alcoolat de lavande à 80°...	500 grammes
Teinture de noix vomique...	10 —
Teinture d'arnica..........	15 —
Teinture de ciguë..........	5 —
Teinture d'hamamelis......	20 —

Une lotion ou une pulvérisation le soir en se couchant.

Traitement abortif de la cataracte commençante

Iodure de sodium desséché..	5 grammes
Chlorure de calcium cristallisé	5 —
Eau distillée...............	400 —

pour bains d'yeux, tièdes, d'une durée d'une demi-heure, quotidiennement, dans des œillières de verre à bord caoutchouté.

Par ce traitement, qui a paru bien supérieur à l'iodure de potassium, on pourrait enrayer 8 cataractes sur 10 et en guérir une.

La guérison s'entend pour des cataractes au début.

Louis Dor.

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 17.500 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 35, rue J.-J. Rousseau

Le Gérant : Docteur Lucien Graux.

ÉCHOS

Médecin victime du devoir

Le médecin-major colonial Antonin Imbert, vient de mourir à Port-Vendres, victime du devoir. Il avait reçu une piqûre anatomique à l'école du service de santé de Marseille, et depuis cette date son état n'avait cessé de s'aggraver.

XIIe Congrès français de médecine (Lyon, 22-25 octobre 1911).

Ce congrès est placé sous le patronage et la présidence d'honneur de MM. Edouard Herriot, maire de Lyon, les professeurs Chauveau, Ch. Bouchard, membres de l'Académie des sciences, et R. Lépine, correspondant de l'Académie des sciences.

I. *Bureau du Congrès.* — Président : M. le professeur Teissier, associé national de l'Académie de médecine.

Vice-présidents : MM. le médecin inspecteur Polin, directeur de l'école du service de santé militaire; le professeur Weill, ex-président de la Société médicale des hôpitaux de Lyon; le docteur J. Andry, médecin honoraire des hôpitaux, président de la Société médicale des hôpitaux de Lyon.

Secrétaire général : M. le docteur Paul Courmont, professeur à la Faculté de medecine, médecin des hôpitaux.

Secrétaire général adjoint : M. le docteur Fernand Arloing, agrégé à la Faculté de médecine.

Trésorier : M. le docteur A. Cade, agrégé à la Faculté, médecin des hôpitaux.

Trésorier adjoint : M. A. Rey, imprimeur-éditeur.

Adjoints au bureau : MM. les professeurs Bard et d'Espine, de l'Université de Genève; le professeur Henrijean, de l'Université de Liège, ancien secrétaire général du congrès français de médecine; le professeur Crespin, de la Faculté de médecine d'Alger; le docteur Brossard, médecin chef de l'hôpital français, au Caire; le professeur H. Hervieux, de l'Université Laval (Canada), président de l'Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord.

II. *Programme.* — Dimanche 22 octobre. Séance d'ouverture du Congrès et réunion des membres souscripteurs appelés à voter les statuts de l'Association des médecins de langue française.

Lundi 23 octobre, à neuf heures du matin, première séance générale et discussion de la première question. (Il sera fait part, ultérieurement, de l'ordre du jour définitif, comme des réceptions offertes à l'occasion du Congrès.)

Première question. *Du coma diabétique.* — Rapporteurs : MM. le professeur R. Lépine (de Lyon) : « Introduction à l'histoire du coma diabétique »; les professeurs Hugouneng et Morel (de Lyon) : « Chimie du coma diabétique »; le professeur agrégé Marcel Labbé (de Paris), et le docteur L. Blum, assistant à la clinique médicale de M. le professeur Moritz (de Strasbourg) : « Histoire clinique et thérapeutique du coma diabétique. »

Deuxième question. *Du rôle des hémolysines en pathologie.* — Rapporteurs : MM. le professeur agrégé Georges Guillain et le docteur Jean Troisier (de Paris) : « Exposé général du sujet »; le professeur Nolf (de Liège) : « Les hémolysines au point de vue expérimental »; le professeur Fernand Widal et le docteur Abrami : « Les ictères hémolitiques acquis. Rapports de l'hémolyse avec la biligénie extrahépatique »; le professeur Bar (de Paris) : « Les hémolysines de la femme enceinte. »

Troisième question. *Des diurétiques.* — Rapporteurs : MM. les professeurs Henrijean (de Liège) et Mayor (de Genève) : « La diurèse et les agents diurétiques »; le professeur Pic (de Lyon) : « Les médicaments diurétiques »; le professeur Arnozan (de Bordeaux) : « Les régimes diurétiques. »

Quatrième question, ajoutée par le bureau après entente avec le département de la guerre. *Epidémiologie et prophylaxie de la méningite cérébro-spinale épidémique.* — Rapporteur : M. le médecin principal Rouget, professeur au Val-de-Grâce, délégué de M. le ministre de la guerre.

N.-B. — MM. les membres du Congrès, qui désireraient prendre la parole sur les questions mises en discussion, ou faire une communication sur un sujet original, mais ne faisant pas l'objet d'un rapport spécial, sont priés d'en informer, le plus tôt possible, le secrétariat. L'importance des questions rapportées ne devant laisser que peu de temps disponible pour l'exposé des communications particulières, il est à souhaiter que ces communications soient rigoureusement classées avant l'ouverture du Congrès et groupées par catégories similaires pour être examinées dans des sections organisées spécialement à cet effet. Le bureau serait heureux de recevoir, avant le 15 juillet au plus tard, pour chacune de ces communications, un court résumé, ou des conclusions qui pourraient être imprimés à la suite des rapports, ce qui faciliterait singulièrement la bonne tenue des séances et rendrait les discussions plus fructueuses.

Adresser les communications à M. Paul Courmont, secrétaire général, 33, rue Sainte-Hélène, à Lyon.

Le VIIe Congrès international contre la tuberculose.

Le VIIe Congrès international contre la tuberculose, qui se tiendra à Rome du 24 au 30 septembre 1911, sous le patronage du roi et de la reine d'Italie et sous la présidence du professeur G. Baccelli, comprendra trois sections :

I. — Défense sociale.

II. — Pathologie et thérapeutique avec deux sous-sections, médicale et chirurgicale.

III. — Etiologie et épidémiologie.

Les rapports officiels sont au nombre de dix pour la première section, de treize pour la seconde section, dont huit pour la sous-section médicale et cinq pour la sous-section chirurgicale, et enfin de sept pour la troisième section :

Voici, à ce jour, les sujets des rapports et les noms des rapporteurs de la première section.

1° Les alliances entre les institutions sanitaires de bienfaisance et sociales dans la lutte contre la tuberculose au point de vue surtout du développement des enfants et des adolescents : MM. Tamburini (Rome); De Fleury (Paris);

2° La dénonciation de la tuberculose, son objet et ses limitations : MM. Cualdi (Rome); V. Clasenapp (Arolsen); Hope (Liverpool); Küss (Angicourt);

3° La politique sanitaire des habitations dans la prophylaxie de la tuberculose : MM. Bordoni-Uffreduzzi (Milan); Juillerat (Paris); Rossi-Doria (Rome);

4° Le travail à domicile dans les villes manufacturières et la tuberculose : MM. Carozzi (Milan); Dewez (Mons); Robertson (Birmingham);

5° La tuberculose et l'école : MM. Méry (Paris); Bubre (Stockholm); D'Espine (Genève); Maggiora (Modène);

6° Les institutions prophylactiques et curatives de la tuberculose comme éléments de défense sociale : MM. Gatti (Milan); Soley y Gely (Barcelone); Jacob (Berlin); Putzey (Liège);

7° Le rôle de la femme dans la prophylaxie antituberculeuse de la famille : Mlle Chaptal (Paris); Mme Rabinowitsch (Berlin); M. Friedheim (Berlin);

8° Alcoolisme et tuberculose : MM. Tiberti (Ferrare); Triboulet (Paris); Woodhead (Cambridge);

9° Tuberculose et émigration : M. Rosati (Rome);

10° Tuberculose et Croix Rouge : M. Pannwitz (Berlin).

Mutuelle médicale française de retraites

Nous rappelons à nos lecteurs la Mutuelle Médicale Française de Retraites, œuvre purement philanthropique fondée par le Syndicat Médical de l'arrondissement de Saumur, approuvée par arrêté ministériel du 10 mai 1900, patronnée par l'Association des médecins de Maine-et-Loire.

Elle s'étend à tous les médecins de France et à leurs femmes, et est destinée à donner à ses adhérents une retraite de droit et non de faveur, soit entière (après 50 ans d'âge et 20 ans de participation), soit proportionnelle (après 5 ans de participation) — dans tous les cas, la pratique médicale étant abandonnée — pour une cotisation annuelle de 60 francs.

Au 1er mars dernier, le nombre des Sociétaires (hommes et femmes), s'élevait à 731, l'avoir social à 296.852 fr. 39.

La veuve d'un sociétaire (y ayant droit) est retraitée à 375 francs pour l'année 1911 ; un sociétaire infirme à 450 francs et une autre veuve à 600 francs.

S'adresser au secrétaire, M. Terrien, à Varennes-sur-Loire, pour tous renseignements.

Réunion sanitaire provinciale de 1911

La Société de Médecine publique et de Génie sanitaire a décidé d'organiser, cette année, comme l'an dernier, une Réunion Sanitaire Provinciale qui se tiendra à Paris, dans le grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur, les jeudi 2, vendredi 3 et samedi 4 novembre 1911.

Questions mises à l'ordre du jour : 1° Rapports du Directeur du Bureau d'Hygiène avec le Conseil départemental et avec les Commissions sanitaires d'arrondissement (Rapporteur : M. Zipfel, Directeur du Bureau d'Hygiène de Dijon);

2° Choix, captage, protection et surveillance des eaux destinées à l'alimentation. — Rapporteur : M. Dienert, Chef du Service de surveillance des eaux de la Ville de Paris;

3° La fièvre typhoïde. — Conférence avec travaux pratiques, par M. Marchoux, de l'Institut Pasteur;

4° L'Hygiène de la viande. — Rapporteur : M. Martel, Chef du Service vétérinaire du Département de la Seine;

5° L'Hygiène du lait. — Rapporteur : M. Porcher, Professeur à l'Ecole vétérinaire de Lyon;

6° Visite des abattoirs, du frigorifique de la Bourse de Commerce et des laboratoires du Service Sanitaire aux Halles centrales.

Les adhésions à la réunion Sanitaire Provinciale ainsi que les demandes de communication seront reçues jusqu'au 1er août, dernier délai : elles doivent être adressées à M. Le Couppey de La Forest, secrétaire général adjoint, 12, rue Pérignon, Paris (7e).

L'inscription est gratuite.

Les démarches nécessaires seront faites en temps utile pour faire accorder, à tous les adhérents à la Réunion Sanitaire Provinciale, la réduction à demi tarif du transport par chemin de fer, du lieu de leur résidence à Paris.

IIe Congrès de l'alimentation

Du 1er au 4 octobre prochain doit se tenir à Liège, sous le haut patronage du chef de l'Etat belge, le IIe Congrès de l'alimentation.

Les adhésions de membre effectif du Congrès doivent être adressées au secrétariat général du Congrès, 27, rue de Guillemins à Liège, accompagnées du montant de la cotisation qui a été fixée à dix francs.

Seront dites membres associés les personnes de la famille d'un membre effectif ayant versé une cotisation de 5 francs. Les membres associés seront invités aux fêtes et réceptions officielles et pourront assister aux séances, mais sans prendre part aux discussions. Elles ne recevront pas les publications du Congrès.

IIIe Congrès international d'hygiène de l'habitation.

Ce Congrès qui se tiendra à Dresde du 2 au 7 octobre prochain comprendra neuf sections réparties comme suit :

Groupe A : Questions générales. — Ire Section : Répartition des constructions sur le sol (disposition et plans de villes, divers types d'agglomérations rurales, villes à jardins, largeur des rues, hauteur des constructions). IIe Section : Construction (plan, dimensions des pièces, matériaux, fondations, caves, cuisines, water-closets, plafonds, escaliers, ascenseurs, toit). IIIe Section : Dispositions intérieures (éclairage, chauffage, aération, ameublement). IVe Section : Entretien (propreté, enlèvement des ordures ménagères, désinfection).

Groupe B : l'Habitation. — Ve Section : Habitations urbaines. VIe Section : Habitations rurales.

Groupe C : Types particuliers d'habitations. — VIIe Section : Ecoles, internats, pensionnats, prisons, hôtels, auberges, hôpitaux, maisons pour convalescents, établissements de bains, églises, théâtres, autres édifices publics. VIIIe Section : Locaux destinés à l'exercice d'une industrie ou d'un commerce, moyens de transport (chemins de fer, bateaux, voitures, etc.).

Groupe D. — IXe Section : Législation, administration, statistique, divers.

La cotisation des membres est fixée à 25 marks. Les personnes de la famille d'un membre seront admises aux séances et aux fêtes du Congrès moyennant une cotisation de 10 marks, mais ne seront pas autorisées à prendre part aux débats ni aux scrutins et n'auront pas droit à recevoir le rapport imprimé sur les opérations du Congrès (§ 5).

Les adhésions et cotisations doivent être adressées au secrétariat du Congrès, à Dresde, au nouvel Hôtel-de-Ville, bureau 156.

Les auteurs de communications et de démonstrations peuvent dès à présent s'adresser au Secrétaire général du Congrès, M. Hopf, stadtrat, 4 Reichs Strasse, à Dresde.

La bonne mesure

Une intéressante initiative vient d'être prise par la municipalité lyonnaise, comme le montre la note suivante que publient les journaux médicaux de Lyon :

« *Avis à MM. les Etudiants.* — MM. les étudiants connaissant des chambres garnies insalubres (insuffisance d'aération ou d'éclairage, tuberculose et autres maladies contagieuses, etc.) sont instamment priés de les signaler, par écrit, à M. le Maire de Lyon à l'Hôtel-de-Ville, 2e bureau.

« Ces déclarations aideront à la défense de la santé publique; elles permettront à l'administration municipale de poursuivre la lutte contre la tuberculose, qui fait de si nombreuses victimes, en particulier, parmi les étudiants. »

REVUE FINANCIÈRE

Semaine très agitée et bourse très mauvaise, comme nous le pensions. Nos conseils de prudence et d'abstention ont été bons. Le danger paraît écarté maintenant et c'est le moment de choisir presque dans toute la cote des valeurs à des prix qu'on ne retrouvera pas sans doute avant longtemps!

La reprise ne sera pas longue sans doute à se produire. Il y a de nombreux allègements de position — plus ou moins forcés — et la situation de place est maintenant très saine.

A.-S. WEIL.

82e Année (Série XIIIe) — N° 103 Le Numéro 0.25 Centimes Mercredi 19 Juillet 1911

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
9, Rue Denis-Poisson, PARIS
TÉLÉPHONE : 578-40

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale......... 15 fr.
Edition Espagnole.... 10 fr.
Edition Portugaise.... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

ÉCHOS

Légion d'honneur.

A l'occasion dn 14 juillet sont uommés dans l'ordre national de la Légion d'houueur :

Commandeurs. — MM. Maréchal, Colmenne, Clavel, médecins-inspecteurs de l'armée; Burot, médecin général de 1re classe de la marine.

Officiers. — MM. Mignon, Pauzat, médecins-inspectenrs de l'armée; Bischoff, Grivet, Simond, médecins principaux de 1re classe; Chevalier, Jette, médecius-majors de 1re classe; Barois, médecin principal de 2e classe de l'armée territoriale; Emmerique, Destrem, Martin, médecins-majors de 1re classe de la réserve et de l'armée territoriale; Foucand, médecin en chef de 1re classe de la marine.

Chevaliers. — MM. Bonnette, Chavigny, Deilac, Malaval, Marchet, Merlat, Morigny, Parent, Roquepla. Schneider, Verse, Bussières, Ronssean, Tédeschi, Pelofi, médecins majors de 1re classe ; Bar, Dumas, Grall, Jenuy, Lafforgue, Lemarchaud, Remlinger, Séguinaud, Cartron, médecins majors de 2e classe ; Amiel, Bataille, Cusset, Delfosse, Ducloux, Hiard, Morissou, Saintin, Trouillet, médecins majors de 1re classe de réserve et de l'armée territoriale ; Gueude, Meyer, Rey, médecins majors de 2e classe de l'armée territoriale ; Bellet, Monlinier, Bessière, médecins de 1re classe de la mariue ; les Drs Grenier, Touchard, à Paris ; Reverchon, à Chaumont (Haute-Marne).

Responsabilité médicale

On mande de Rome que le célèbre ténor Caruso vient d'inteuter uu procès en dommages et intérêts contre l'un des plns connus médecins italiens, le professeur della Vedova, de Milan, qui, ayant soigné deux fois de suite la gorge du célèbre ténor, déclara, dans uue interview donnée à nn journal milanais, que la puissance vocale de Caruso était sérieusement compromise.

Caruso demande maintenant à M. della Vedova un million de dommages-intérêts, son interview ayant impressionné fâcheusement les impresarii avec lesquels le ténor se préparait à preudre des engagements.

Il prétend, en outre, que le médecin milanais a vouln par là se venger du refus opposé par lui au paiement d'nne note de cinquante mille francs que M. della Vedova lui réclamait pour uue légère opération faite à la gorge du ténor, et qu'il réduisit ensuite à vingt mille francs.

Le procès ne sera pas sans intérêt.

L'iode antiseptique en 1858

Le professeur Deroubaix (de Bruxelles) avait déjà, en 1858, mis en évidence la valeur de la teinture d'iode comme topique empêchant la suppuration de se produire.

ÉCHOS

La vaccination antityphique.

Avis relevé sur une affiche manuscrite placardée dans la Cour. d'honneur de la Faculté de Médecine de Paris.

« MM. les étudiants qui désirent se faire vacciner préventivement contre la fièvre typhoïde peuvent s'adresser à l'Hôtel-Dieu (service de M. le professeur Chantemesse).

« Les internes, externes, stagiaires, bénévoles et infirmières du service ont déjà demandé et subi cette vaccination. »

Soins dentaires aux écoliers

Le grand Conseil du canton de Genève a fait bon accueil à la proposition du Conseil d'Etat de créer une policlinique dentaire à l'usage des enfants des écoles primaires dont les parents sont dans l'impossibilité matérielle de solder pour eux des notes de dentiste. Un crédit de 7.000 francs est ouvert dans ce but.

La première initiative de cette création est due à la Société odontologique de Genève.

Les médecins militaires victimes du devoir professionnel

Le Dr Moinet, médecin-major de 1re classe au 66e d'infanterie, a eu l'heureuse idée de placer dans la salle d'attente de son infirmerie le tableau suivant.

Médecins militaires morts victimes du devoir depuis 1908.

1908 — Mariotte (tué), Guinée; Christiany (typhus), Maroc.

1909. — Bargeton (septicémie) Lyon; Loison (septicémie), Paris; Gauthier (typhus), Algérie.

1910. — Roulfiandis (tué), Indo-Chine; Rudler (tué), Algérie; Lambreschini (septicémie), Versailles; Danis (diphtérie), Paris; Lhomer (typhus), Sfax; Mesny (peste), Mandchourie; Talpain (typhus); Laghouat.

1911. — Pasquet (septicémie), Lyon; Rollin (typhus), Maroc; Auvert (tué), Maroc.

Tuberculose

Le globéol (extraits protoplasmiques des globules sanguins et tous ses ferments vivants) a une action décisive dans le traitement de la tuberculose.

Il relève l'*appétit*,
rétablit les *forces*,
augmente le *poids*,

ceci sans suralimentation, c'est-à-dire sans demander aucun travail supplémentaire au rein.

Les diastases antitoxiques du sérum sanguin que le globéol apporte à l'état vivant, permettent une résistance efficace contre l'infection, grâce à la lutte qu'elles engagent contre le bacille de Koch. Un amendement général des phénomènes dus à l'action de ces toxines en est la preuve.

On demande un dentiste

La *Davoser Zeitung* publie une plainte singulière d'un hôte de Davos (canton des Grisons) qui prétend n'avoir pu trouver un dentiste disposé à le soigner. L'étranger, qui souffrait d'un violent mal de dents, se présenta chez un premier praticien; celui-ci affirma ne pouvoir le recevoir de huit jours. Le patient, dont la joue s'était dans l'intervalle démesurément enflée, repassa au bout d'une semaine. Il fut renvoyé chez un second dentiste où la même comédie se répéta.

« Bref, dit le malheureux, je n'ai pu jusqu'à ce jour trouver à Davos de dentiste disposé à s'occuper de moi ».

Il faut en déduire que les dentistes de Davos sont surchargés de travail ou bien que ce sont gens très curieux.

Mission en Chine

M. le médecin de 1re classe Segalen, du service de santé de la marine, est mis à la disposition du ministre des Affaires étrangères pour occuper un emploi de professeur à l'Ecole impériale de médecine de Tien-Tsin.

La Lèpre

Indépendamment l'un de l'autre, deux médecins de l'armée anglaise des Indes viennent d'obtenir en culture pure le bacille de la lèpre. Le Dr Bost a déjà obtenu un vaccin avec lequel, sur dix cas, il aurait obtenu deux guérisons et huit améliorations plus ou moins grandes. Le Dr Williams, de son côté, aurait fabriqué un sérum ayant aussi à son actif quelques résultats favorables.

Petits salés.

D'après une revue américaine, une étrange coutume est encore en vigueur dans certaines contrées d'Asie et aussi d'Europe, et qui consiste à saler les enfants nouveau-nés.

Les mères s'imaginent que, par ce procédé, elles donneront à l'enfant la santé et la force pour toute la durée de son existence, et que, en même temps, elles éloigneront de lui les esprits malfaisants.

C'est ainsi que chez les Arméniens russes on couvre entièrement d'un sel très fin la peau tout entière du bébé, pendant au moins trois heures; puis on soumet le petit corps à un lavage énergique avec de l'eau chaude.

Chez une tribu montagnarde de l'Asie Mineure, les femmes laissent reposer pendant vingt-quatre heures leurs nouveau-nés dans la saumure.

Les Grecs ont également l'habitude de saupoudrer leurs enfants de sel. Cet usage se retrouve dans certaines parties de l'Allemagne.

Découverte archéologique.

On vient de découvrir dans l'île de Jersey les restes d'un homme appartenant à la race de Néanderthal, c'est-à-dire de la race d'individus la plus ancienne connue en Europe. Les dents qui lui restent sont au nombre de neuf; elles ont été examinées par le prof. Keith, du British Museum, qui les attribue à un individu d'une période antérieure à la période des glaciers à laquelle appartient l'homo heidelbergensis.

Les restes des sujets découverts récemment en Dordogne sont de la même époque.

C'est la première découverte d'un individu Néanderthal hors de l'Europe continentale.

L'obésité de Lord Byron

Pendant toute son existence de romantique, l'auteur de *Child-Harold* fut hanté par la crainte de grossir. Il se rendait bien compte du peu de prestige que représentait un poète trop gras et il essaya de tous les moyens pour garder la sveltesse de sa taille, non sans succès d'ailleurs ainsi qu'en témoigne une lettre récemment retrouvée, adressée jadis à son avocat :

« Je porte actuellement sept gilets et un pardessus, je marche et je joue au cricket dans cet accoutrement jusqu'à ce que je sois épuisé par la transpiration. De cette manière je suis arrivé à maintenir ma peau suffisamment mince et j'ai pu faire rétrécir mes vêtements d'un demi-yard. »

Ce traitement n'est pas si loin de celui que préconise aujourd'hui le Dr Heckel, dans son intéressant volume sur l'obésité.

L'hospice Debrousse à Lyon

On vient d'inaugurer à Lyon la « fondation Debrousse», élevée, grâce à la libéralité de Mme veuve Debrousse, sur la colline de Sainte-Foy, et dès à présent occupée par deux cents vieillards, dont cent sont des assistés du département de la Seine

La Resensibilisation dans l'Hystérie

PHÉNOMÈNES D'AUTOSCOPIE

Par le Docteur J. BAHIA JUNIOR (1)

Dans le traitement de l'hystérie et surtout de la grande hystérie, quand les manifestations de son tableau symptomatique ont enfoncé déjà profondément leurs racines et se montrent opiniâtrement résistantes à tout traitement quel qu'il soit, M. le Dr Sollier emploie, en dernière ressource, la méthode qu'il appelle *Réveil cérébral*. Ce procédé de traitement il le fait relever bien naturellement de sa conception physiologique de l'hystérie, qu'il dit n'être qu' « un trouble physique, fonctionnel, du cerveau, consistant dans un engourdissement ou un sommeil localisé ou généralisé, passager ou permanent, des centres cérébraux et se traduisant par conséquent, suivant les centres atteints, par des manifestations vaso-motrices ou trophiques, viscérales, sensorielles et sensitives, motrices et enfin psychiques, et, suivant ses variations, son degré et sa durée, par des crises transitoires, des stigmates permanents, ou des accidents paroxystiques. Les hystériques confirmés ne sont que des vigilambules, dont l'état de sommeil est plus ou moins profond, plus ou moins étendu ».

Dans ces cas, par conséquent, ce dont les malades ont besoin, c'est que leur cerveau soit réveillé de cet engourdissement dont toutes les étranges et diverses manifestations hystériques découlent et en procédant ainsi, suivant la méthode du docteur Sollier et d'après son témoignage, nous serons sûrs d'obtenir un résultat, quand tous les autres moyens thérapeutiques sont déjà inefficaces.

C'est pendant l'application de cette méthode de resensibilisation que le Dr Comar a eu l'occasion d'observer pour la première fois les phénomènes d'autoscopie. Ceux-ci étaient si marqués que M. Comar hésita longuement avant de publier ses observations, n'osant mettre au jour de la publicité ses observations qu'après les avoir longuement réfléchies et sans qu'il ait encore, à ce moment-là, posé une conclusion.

M. Sollier qui avait observé ces phénomènes mais jamais avec une si grande intensité, vint confirmer plus tard les observations de Comar; dans son livre *Les Phénomènes d'autoscopie*, il présente d'abord ces observations, avec d'autres prises par lui-même et par quelques-uns de ses confrères.

Ce qu'on y décrit est extrêmement curieux et étrange et, ayant eu connaissance de ces travaux, par M. le Professeur Julio de Mattos qui, à ce moment, essayait cette méthode de resensibilisation sur une malade de son service, nous nous sommes empressés de lire le livre de M. Sollier et, à la fin de sa lecture, notre enthousiasme et notre impatience augmentèrent; nous résolûmes donc de l'essayer, bien que n'ayant pas encore eu l'occasion de la voir appliquée pratiquement.

Encore une fois, nous avons eu la confirmation que rien n'est plus exact qu'une description faite avec les seuls éléments que l'observation fournit, sans qu'il y ait des dissertations théoriques ou hypothétiques.

Sans avoir aucun autre élément pour nous aider, nous nous sommes limités à l'application strictement rigoureuse de la méthode de Sollier d'après sa description et de cette façon nous avons vu se dérouler tous les phénomènes décrits par lui avec une parfaite exactitude.

L'antoscopie, phénomène par lequel le malade se voit soi-même, ne se trouve pas seulement dans l'hystérie, mais il y a une communauté de manifestation de ces phénomènes dans des états pathologiques différents. Parmi d'autres cas, M. Sollier désigne celui de Guy de Maupassant, atteint de paralysie générale, qui raconte dans un de ses livres « Horla », l'hallucination cœnesthésique qu'il avait souvent, en écrivant, dans laquelle il voyait sa propre personne entrer dans son cabinet de travail, s'asseoir en face de lui avec la tête appuyée sur la main, lui dictant ce qu'il écrivait.

Ce fait nous a rappelé une des « Histoires extraordinaires » de Edgard Poe qui est mort, d'après un de ses biographes, dans un hôpital de Baltimore pendant un accès de délirium tremens.

Cette histoire porte le titre de « William Wilson ». Elle est depuis le commencement jusqu'à la fin un cas remarquable et parfait d'autoscopie *spéculaire*, suivant le nom donné par Sollier à cette forme d'autoscopie externe. Rien ne le montre mieux comme les mots qui finissent cette histoire : « Le court instant pendant lequel je m'étais détourné avait suffi pour produire en apparence un changement matériel dans la disposition de l'autre bout de la chambre. Une *vaste glace (dans mon trouble cela me parut d'abord ainsi) se dressait là où je n'en avais pas vu trace auparavant*, et comme je marchais frappé de stupeur vers ce miroir, ma propre image, mais la face pâle et barbouillée de sang, s'avança à ma rencontre d'un pas faible et vacillant ».

Voilà qui ressemble vraiment à un phénomène hallucinatoire, mais si nous réfléchissons bien et analysons les liens qui rattachent les phénomènes d'autoscopie externe à ceux plus intéressants encore d'autoscopie interne, nous ne pouvons pas laisser d'accepter pour les deux espèces une origine commune, relevant très simplement de pures sensations cœnesthésiques.

Nous ne nous proposons pas de faire aucune critique à l'interprétation de ces phénomènes, mais seulement de joindre au nombre très réduit d'observations qu'on a recueillies, celle que nous suivons depuis quelque temps avec le plus grand intérêt dans un cas de grande hystérie.

Nous allons donc, exposer notre observation clinique, en reproduisant textuellement, les expressions de la malade, tâchant de mettre toujours la plus grande exactitude dans tout ce que nous avons observé :

Mlle B..., 23 ans, avec une lourde tare héréditaire convergente. Sa grande hystérie s'est déclarée il y a deux ans, à la suite d'une très forte secousse morale.

Ça serait long et ce n'est pas notre but de faire le rapport, très intéressant d'ailleurs, de toute sa maladie mais, pour le moment, il nous suffit de signaler quelques-uns des symptômes particulièrement opiniâtres, tels que : une hémi-anesthésie gauche et l'impossibilité depuis le début de sa maladie d'obtenir un sommeil spontané ; anorexie et constipation extrêmement remarquables. On devra ajouter que cette hémi-anesthésie n'a pu jamais être suggestionnée par la bonne et simple raison que cette malade avait aussi la phobie des médecins et jamais un médecin n'avait pû lui adresser un mot parce que la malade en sachant qu'un médecin allait rentrer dans sa chambre tombait tout de suite dans une de ses crises habituelles de sommeil hystérique dont elle ne s'éveillait que longtemps après.

Le sujet était de premier choix pour l'application de la méthode de Sollier.

La malade endormie, nous lui avons ordonné de se réveiller, en l'empêchant d'ouvrir les yeux et lui faisant l'injonction de se réveiller et de sentir très bien tout son membre inférieur.

Il nous faut avouer notre grande déception quand nous avons entendu ses premiers mots :

— Je ne sens rien !...

Nous n'avons cependant pas perdu courage, et, dans peu de temps, nous entendîmes la malade nous décrire, d'une façon qui pourrait exciter l'incrédulité, la circulation artérielle et veineuse de son membre inférieur, plus tard ses muscles, ses artères, ses veines, ses os et même la structure histologique de sa peau, en suivant cette description de divers mouvements de flexion, extension et latéralité de son membre tout entier et un jeu physionomique qui tantôt traduisait l'anxiété, tantôt la surprise ou la satisfaction !

Nous ne faisons pas la description minutieuse de toutes les séances, bien que nous ayons de quelques-unes les dialogues tout à fait complets. Ce serait fastidieux et long en raison des répétitions de la malade et nous nous limiterons à ne mentionner que ce qu'il y a de plus intéressant et curieux.

Quelques minutes après m'avoir dit qu'elle ne sentait rien, elle dit :

— Oui, je sens... à partir du genou une chose qui n'est pas une douleur, c'est comme un malaise... il me semble que je sens la jambe très lourde... oui, je sens... ça va disparaître... je ne sens rien déjà...

J'insiste toujours dans l'injonction et les phénomènes autoscopiques commencent à apparaître :

— Oui, je sens... une chose qui coule, en descendant toute la jambe.

— Oui, je sens...

— Qu'est-ce que c'est cette chose-là ?

— Je ne sais pas... je ne sais pas comment expliquer ce que c'est... c'est une chose qui coule dans toute la jambe... *ça ressemble la chaleur*... je ne sais pas vous expliquer mais *c'est comme quand on boit de l'eau et la sent passer*... C'est ce qui me la fait sentir très bien, ma jambe; je la sens maintenant aussi bien que la droite.

— Et alors, qu'est-ce que c'est... que vous sentez courir ?

— Je ne sais pas... Il me semble de l'eau chaude qui coule par la jambe de haut en bas... Voyez !... Voyez !... La voilà qui passe... voilà qui passe... C'est une chose qui passe en tremblant et parcourt toute la jambe... je voulais expliquer comment est-ce, *mais je ne sais pas avec quoi je puisse la comparer, c'est comme si j'avais des fourmillements*... mais ça ne me donne pas de douleurs, ça me donne même du bien aise. C'est une chose qui fait comme ça... (Dans ce moment, la malade se met à faire des mouvements avec la main, l'ouvrant et la fermant régulièrement, comme si elle cherchait à imiter le rythme de la pulsation.) *Il semble qu'il y a des petits cœurs... il semble qu'il y a des battements*...

La malade poussa une grande exclamation de surprise et en même temps toute sa physionomie s'élargit dans un rire de satisfaction, en disant :

— Ah ! mais, non mais non... oh ! *c'est du sang*... le voilà qui passe... Voyez ! voyez !... et c'est ce qui me chauffe la jambe et me la fait sentir comme l'autre !...

— Le sentez-vous bien passer ?

— *Oui, je le sens et je le vois même.*

— Quelle couleur a-t-il alors ?

— *C'est rouge... mais un rouge vif*... le voilà qui passe... et il *revient en arrière !*...

— Comment alors revient-il en arrière ?

— Oui, il revient... mais je le sens mieux quand il descend... *quand il descend il va plus vite et quand il monte il vient plus lentement et il n'est pas si joli ni si chaud*...

— Pourquoi n'est-il pas si joli?

— Je ne sais pas... il n'a pas la même couleur... *il n'est pas si criard*...

— Alors ?

— *Il est plus foncé.*

(1) Bien que cette observation ait été publiée dans la *Gazeta des Hôpitaux de Porto*, il nous a paru intéressant de la reproduire ici avec l'autorisation de l'auteur; elle démontre l'influence des théories scientifiques françaises à l'étranger.

— Et vous le sentez bien couler dans toute la jambe ?

— Oui, je sens, je sens... et ça me donne même du malaise parce qu'il me la laisse beaucoup trop chaude !...

Comme nous la voyons très inquiète et insistant toujours à dire qu'elle sentait la jambe très chaude, nous avons pu constater une remarquable différence de température dans les deux membres inférieurs, et, ne voulant pas confier à notre seul témoignage, nous avons fait appeler une autre personne qui immédiatement nous a accusé une inégalité thermique éminemment sensible et frappante en faveur du membre inférieur gauche.

Ce n'est pas tout. Ce n'est que très peu ou rien. Poursuivons. Encore à propos de sa circulation sanguine, dit la malade :

— Est-ce que vous voyez ?... c'est le sang qui me fait trembler toute la jambe en dedans *et me remue tous les petits* os de façon à me donner du malaise...

En ce moment un nouveau terme nous apparait, méconnu encore au milieu de toute son extravagante terminologie, et prévenant toute suggestion nous tâchons de chercher sa signification en commençant pour lui demander :

— Quels petits os ?

— Tous les petits os...

— Qu'est-ce que c'est ces petits os-là ?

— Je ne sais pas...

— Et qu'est-ce que c'est qui remue ces petits os ?

— C'est le sang qui passe en eux...

— Comment ?

— *En dedans*

— Alors ils sont vides en dedans ?

— Non ; ils sont pleins de sang... et ils sont très fins et il va me les casser...

— Comment ?

— *Il va me les rompre*, parce que maintenant *il court très vite et ils sont trop pleins... ils vont à se mettre si pleins et si durs qu'ils ressemblent même à des petites cordes; il semble même qu'ils se mettent debout* et ça me donne du malaise... *La jambe commence à devenir très grosse et très chaude...*

Et dans une grande anxiété, elle porte la main à la partie supérieure de la cuisse et dit :

— Hélas ! quel malaise ; voyez ! il me les casse parce qu'ils sont très fins et ceux-ci d'en haut *sont très tapageurs.* Est-ce que vous voyez ?... Ils sont tous très gros et durs, *ils ont tous des petits cœurs et ils sont tous debout.* Et celui qui me donne plus de malaise et plus de crainte, c'est celui-ci d'en haut qui est très gros.

— Lequel ?

— Celui qui passe par ici... qui est le plus gros de tous (et avec son doigt elle trace le trajet de la fémoral).

— Alors, est-il très gros ?

— Oui, *il a la grosseur de mon petit doigt...*

— Et, alors le sang passe-t-il dans tous les petits os ?

— Oui, oui... je le sens très bien couler dans toute la jambe et même dans le pied... et après il revient en arrière...

— Comment revient-il en arrière ?

— Je voulais vous dire ce que c'est... Regardez, quel machin... Savez-vous ce que ça ressemble ?... Des mains... C'est vrai, n'est-ce pas ?... Est-ce que vous ne voyez pas ?... Oh ! je les sens très bien... ce *sont des mains avec des petits doigts très longs.* Ah ! Voyez-vous ?... Et en dedans des petits doigts il y a aussi du sang !... *Et c'est par eux que le sang monte... Par les petits os il descend et par les petits doigts il monte !*

Dans cette intéressante et drôle terminologie nous voyons décrit le système artériel et veineux et nous avons vu aussi comment la malade se rendait compte d'une augmentation de la pression artérielle qui était très vraisemblablement le produit de l'effort de l'attention sur tout ce qui se passait dans son membre inférieur.

— Et, dit-elle encore, en dehors des petits os *il y a aussi du sang, mais il est en masse compacte... Ah !...il ressemble à de la viande... mais ce n'est pas de la viande telle que l'on mange... c'est de la chair. Mais je n'ai jamais vu rien de ça dans ma jambe !... j'ai pensé toujours qu'elle était vide !...* Tant de choses !... Quelle confusion ! Je voulais vous expliquer, mais je ne peux pas, parce que c'est une grande confusion... Dans le pied il y a aussi de ce qui ressemble à de la chair, mais il y en a moins...

— Pourquoi ça ressemble-t-il à de la chair ?

— Alors, n'est-ce pas ça ? Voyez, c'est de la chair, *mais de la chair bien rouge...* Ah ! *et il y a encore d'autres os dans le pied... les uns ronds et blancs* (les tendons)... *mais ceux-ci n'apportent pas de sang... et d'autres aussi attachés les uns aux autres* (les os vrais)... *et dans le genou aussi !...*

— Et comment sont-ils ?

— Dans le genou, il y en a un seulement... il est plat... comme la paume de ma main. Et dans la jambe, j'en ai aussi mais seulement en dessous du genou... Ils sont deux : *l'un plus gros, l'autre plus fin...*

« En dessus du genou je n'en ai pas... j'en sens un mais ce n'est pas... c'est parce que je sens si bien le plus gros que j'ai en dessous du genou qu'il me semble que j'en ai un autre en dessus...

— Mais alors, est-ce que vous l'avez ou il vous semble tout simplement ?

— Il me semble ; mais je crois que c'est à cause de sentir l'autre très bien. Ah ! mais non, mais non !... c'est encore un autre os !... Quelle confusion !... Je ne sais pas comment tout ça peut trouver place là-dedans !... parce que tout ça c'est en dedans de la peau !... Ah ! et d'autres petits doigts dessous la peau pareils à ceux qui sont dessous ce machin qui ressemble à de la chair...

Après ça, prise d'une grande anxiété, elle nous dit presque en pleurant :

— Oh ! Monsieur le docteur ! la jambe va se rompre avec tant de choses là-dedans !... Regardez, elle va se rompre !... Les petits os sont tous aussi très gros ; regardez, elle va se rompre !...

En lui disant de se tranquilliser parce que rien ne se rompra, elle me répond :

— C'est parce que vous ne savez pas comment sont les petits os, autrement vous ne diriez pas cela... je la sens si chaude !... *il semble qu'elle fume en dedans* ; regardez, elle va se rompre, voyez-vous ?... la voilà *qui jette de l'eau en dehors avec toute sa force par des petits trous* est-ce que vous voyez ?... c'est son bonheur, autrement, elle irait se rompre !

— Qu'est-ce que c'est ces petits trous-là ?

— Je ne sais pas... *Ce sont des petits trous... dans toute la peau.* Ne voyez-vous pas ?... *c'est comme un papier tout à fait piqué par une épingle... et les petits os en se sentant très mal à l'aise jettent de l'eau en dehors...*

— Mais comment se fait, qu'apportant du sang, les petits os peuvent-ils jeter de l'eau en dehors ?

— Je ne sais pas... *mais c'est de l'eau... ça ressemble à de la rosée !...*

Ceci dit, nous avons constaté que la malade exprimait réellement la vérité même ; tout au long de son membre inférieur, il y avait une sudation abondante.

Dans ce court résumé, on voit une description minutieuse de l'anatomie de son membre inférieur à laquelle rien ne manquait, ni le squelette même et les articulations auxquelles la malade donne le nom de charnières, dans cette expression d'étonnement au sujet de ses orteils :

— Ah ! si petits et aussi avec des os en dedans avec des *petites charnières !...*

Dans les premiers moments de la resensibilisation, la malade se plaint de différentes douleurs vagues ; ces douleurs disparaissent, de laissant dans sa suite qu'une petite inquiétude et quelquefois même une grande anxiété que la malade exprime en disant que tous les petits os sont trop pleins et vont se rompre ; et, à la fin, quand la malade a en réveillé toute la région, la tranquillité et le calme sont revenus et, alors, elle s'exprime ainsi :

— Ah !... je ne sais pas comment ça se fait... j'ai encore tout à fait la même chose là-dedans... rien n'y manque... je sens tout très bien... mais maintenant ça ne me donne pas du malaise... les petits os et les petits doigts sont tous bien tranquilles... le sang ne coule pas déjà si bouillant... je sens maintenant toute la jambe tout à fait bien.

Le réveil du membre se fait par segments et, dans la dernière séance, nous avons eu l'occasion d'observer une chose que nous n'avions pas encore observée.

Après avoir réveillé la malade de l'hypnose, elle nous dit en riant, pleine de satisfaction et surprise :

— Monsieur le docteur ! *j'ai une jambe nouvelle. l'autre n'avait rien de cela...* je la sens maintenant aussi bien que la droite.

Et de cette façon, elle nous fait la confirmation de nouveau de tout ce qu'elle avait dit en hypnose, en portant à chaque moment les mains à son membre inférieur et le tâtant pour mieux se certifier que c'était bien sa jambe à elle.

Une question se pose certainement après tout cela :

— Quels résultats thérapeutiques pourra-t-on obtenir ?

Nous ne pouvons d'ores et déjà répondre intégralement parce qu'il faut avoir fait toute la resensibilisation pour qu'on puisse en juger sûrement; cependant, nous pouvons ajouter déjà quelques renseignements :

Sans rien demander à la malade — parce que nous attendions qu'elle fut la première à remarquer quelque différence produite, — un jour elle nous dit à la fin d'une séance :

— Je sens maintenant ma jambe très bien, comme je ne la sentais pas depuis des années ; jamais je ne l'ai sentie chaude et maintenant je la sens aussi chaude et aussi rouge que l'autre quand je sors du bain.

Ce bain dont la malade me parlait, c'était un enveloppement dans un drap mouillé que la malade exécutait depuis longtemps en se levant et dans lequel il lui est arrivé par deux fois, de s'endormir depuis qu'elle fait le traitement de *Réveil cérébral* !.

Après deux années, pendant lesquelles elle n'a jamais pu obtenir un sommeil spontané, ce résultat est important !

Notre plus grand désir est de commencer à faire la resensibilisation de l'abdomen, où ses résultats seront plus frappants à cause des symptômes particulièrement opiniâtres de constipation et d'anorexie; mais, pour ne pas altérer la marche indiquée par M. Sollier, nous avons commencé par les membres inférieurs pour passer ensuite à l'abdomen, thorax et à la tête en dernier lieu.

En finissant les notes de cette observation que nous pensons ne pas devoir laisser passer dans le silence, nous avons l'impression qu'elles vont troubler les esprits de quelques-uns par un léger souffle de doute et peut-être même d'incrédulité.

— Nous n'y trouverons rien d'étrange parce que nous sommes en connaissance aussi de la dure critique faite à l'autorité et à la probité scientifique du Dr Sollier après la publication de ses observations.

A ceux-là, nous n'aurons qu'à leur répondre, reproduisant ces mots de son livre :

« On n'a cependant pas le droit de critiquer et de méconnaître des faits d'expérience, tant qu'on ne les a pas reproduits soi-même. »

Au Conseil général de la Seine

Comme suite aux articles sur le ministère de la Santé publique que viennent de publier dans la « Gazette » MM. Corbeil et Bussat, députés, voici le très intéressant vœu que vient de déposer au Conseil général de la Seine l'honorable conseiller général, M. André Gent :

Les relations qui doivent exister entre l'assistance, l'hygiène, la mutualité et la prévoyance sociale sont si naturelles qu'il peut paraître superflu d'insister sur la nécessité de réunir et de concentrer tous les services créés en vue de combattre les maladies et d'améliorer le sort des travailleurs.

Au premier abord, rien ne paraît plus facile à résoudre, mais l'organisation administrative ne se prête pas sans difficultés à un déclassement de ses attributions et on peut compter que la réalisation d'une idée aussi simple ne peut que provoquer des résistances, d'ailleurs injustifiées, puisque toutes les situations personnelles doivent être sauvegardées.

Il ne s'agit pas, en effet, de supprimer aucun rouage de la machine administrative, mais bien d'utiliser contre la misère et la maladie, au mieux des intérêts généraux du pays, toutes les forces actuellement dispersées dans plusieurs ministères.

C'est ce que M. François Coreil, député du Var, secrétaire de la Commission d'hygiène publique, a parfaitement résumé dans son article paru à la *Gazette médicale de Paris* du 22 février 1911 :

« Ce qui frappe surtout, écrit-il, dans notre organisation sanitaire actuelle, c'est le manque profond d'unité.

« Aucune pensée directrice, aucun fonctionnaire responsable, beaucoup d'attributions éparpillées dans les différentes administrations publiques. Telle est la première critique qu'il faut adresser à notre organisation sanitaire, telle est la première réforme à laquelle il faut s'attacher résolument.

« Que voyons-nous, en effet?

« Au ministère du Travail est rattaché tout ce qui concerne l'hygiène et la sécurité des travailleurs.

« Au ministère du Commerce, les établissements classés et insalubres, à l'Agriculture, la police sanitaire des animaux, les abattoirs, les tueries particulières (qu'il faut supprimer), disons-le en passant, le service de la répression des fraudes, les projets d'amenée d'eaux, etc., etc.

« Du ministère des Affaires étrangères, dépend l'Office international d'hygiène.

« Au ministère de l'Intérieur est rattachée la Direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques. Au ministère des Travaux publics, l'hygiène des mines.

« Encore les autres ministères interviennent-ils tous à leur heure, l'Instruction publique avec l'Hygiène scolaire, etc.

« Comment ne pas comprendre, dès lors, combien les efforts des administrateurs les plus dévoués sont souvent stériles? Que de dépenses inutiles? Que d'ordres contradictoires! Quel temps perdu! »

On sait que Littré avait depuis longtemps posé la question, et il n'est pas inutile de rappeler en quels termes l'illustre savant exposait ses raisons. Après avoir défini les grands ministères de la consommation et de la production et celui de l'Instruction publique, Littré ajoutait :

« Entre les deux est une lacune, à savoir le soin du corps, l'entretien de la santé des populations, en un mot l'ensemble de l'hygiène publique. La lacune était inaperçue tant que les populations n'avaient pas assez souci d'elles-mêmes, tant que les administrations ne savaient à qui s'adresser, tant que la médecine ne se voyait pas assez forte pour intervenir. Aujourd'hui les trois conditions sont remplies : les populations veillent sur elles-mêmes, les administrations s'empressent et la médecine est devenue capable de diriger, de la manière la plus utile à l'individu et à l'Etat, ce grand mouvement de maladie et de santé, de vie et de mort qui amène à la lumière chaque génération pour la coucher à son tour dans le tombeau après sa tâche remplie. »

On peut affirmer que Littré aurait trouvé, de nos jours, après les merveilleuses découvertes de la science, des motifs encore plus convaincants pour préconiser cette concentration des forces publiques destinées à protéger la vie et la santé des populations contemporaines et des générations futures.

Toutefois, l'idée a fait son chemin et, en 1893, elle a suggéré à M. Edouard Vaillant et à ses collègues socialistes de la Chambre, une proposition tendant à la création d'un ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance publique et de la Statistique.

Enfin, notre ancien collègue, M. Paul Strauss, maintenant sénateur, membre de l'Académie de médecine, et dont les travaux en matière d'hygiène font autorité, s'est attaché depuis de longues années à l'accomplissement de ce projet et il s'est fait l'artisan le plus éminent de cette œuvre indispensable de solidarité sanitaire et sociale.

Dans de nombreux articles de revue, par le livre, par le journal, par les conférences, M. Paul Strauss n'a cessé de réclamer, avec une foi d'autant plus sincère qu'elle est agissante, la constitution de ce ministère de l'Hygiène publique, à propos duquel il revenait à la charge tout récemment à la Ligue de l'Enseignement, le 15 février 1911, en disant avec une action oratoire si persuasive : « Mais ce qui importe essentiellement, c'est que nous parvenions à abattre les cloisons étanches qui séparent ces différentes administrations ou institutions limitrophes: l'Enseignement, l'Assistance, l'Hygiène et la Prévoyance. Ce ne sont que les compartiments d'un même édifice qui doit être élevé pour la défense des plus faibles, des plus pauvres, pour la prévention des maladies populaires et pour la sauvegarde de l'humanité contre tous les accidents évitables.

C'est en s'inspirant de toutes ces considérations qui imposent aux pouvoirs publics une nouvelle nomenclature administrative que M. Bussat, député de Paris, a déposé à la Chambre des députés une proposition de loi qu'on trouvera en annexe à l'appui du projet de vœu ci-après que j'ai l'honneur de soumettre au Conseil général en priant mes collègues de vouloir bien le sanctionner de leur approbation :

« Le Conseil général,

« Emet le vœu :

« Que les services de l'Assistance et de l'Hygiène publiques du ministère de l'Intérieur soient rattachés au ministère du Travail qui deviendra le ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociale. »

Signé : ANDRÉ GENT,
Conseiller général de la Seine.

L'Aliénation mentale cause de Divorce [1]

(SUITE DE NOTRE ENQUÊTE)

XLI

Nous recevons de M. le Dr Ameline, médecin en chef des Asiles de la Seine, directeur de l'Asile agricole de Chezal-Benoît, l'opinion ci-dessous :

Chezal-Benoît, le 2 juin 1911.

Pour ne pas se perdre dans des discussions théoriques et rester autant que possible sur le terrain des faits, il semble convenable d'examiner les termes mêmes du projet de loi à propos duquel la *Gazette médicale de Paris* organise une enquête.

Les partisans du divorce pour cause d'aliénation mentale ont, après examen mûri, exprimé le désir qu'après trois ans d'internement, en cas d'incurabilité, un aliéné pourrait être séparé de son conjoint définitivement.

Voyons les difficultés que risque de soulever ce texte de loi dans la pratique, particulièrement au point de vue médical.

1° On ne peut guère critiquer le délai de trois ans admis par les auteurs du projet; peut-être le délai de cinq ans, puisqu'il semble reconnu que la guérison d'un fou est exceptionnelle après ce laps de temps, serait susceptible de mettre les juges devant un minimum de cas douteux, soit par la nature même de la maladie, soit par le minimum de risques de diviser les experts médicaux et aurait ainsi l'avantage de faciliter une bonne application de la loi?

2° Un inconvénient très sérieux me semble résulter de l'existence de l'internement. Ni la loi actuelle, ni la loi future sur le régime des aliénés, ne rendent l'internement d'un aliéné obligatoire. Une famille aisée préfère soigner le malade chez lui et ne se résoud à la collocation qu'à la toute dernière extrémité, sans que des raisons sentimentales entrent en considération dans tous les cas. D'autre part, un aliéné indigent ne peut être interné que s'il y a une place vacante dans l'asile de son département ou, faute de place, s'il est qualifié de « dangereux » par le médecin ou la rumeur publique.

Le projet de loi va donc favoriser les maisons de santé privées, objet de tant de protestations (injustifiées, du reste) et augmenter les charges des départements, à moins cependant que l'on néglige de modifier en même temps la loi de 1838 et n'oblige pas les préfets à accepter tout aliéné non dangereux si l'internement a pour but on d'obtenir le divorce, ou de réserver la possibilité de cette obtention.

N'oublions point que la future loi sur les aliénés qui doit remédier aux excès permis (?) par celle

(1) Voir numéro du 1er mars de la *Gazette médicale de Paris* contenant la Proposition de loi de M. Maurice Viollette, député, ainsi que les numéros suivants concernant le début de notre enquête et les réponses reçues.

de juin 1838, autorisera l'internement des buveurs, malades incurables s'il en est, car qui a bu...

Il semble en tout cas que folie et collocation ou internement ne peuvent être pris pour synonymes

3° Si l'on veut critiquer les mots « aliénation mentale» contenus dans le projet de loi, ne peut-on pas arguer que la constatation de la folie a surtout sa place au crim nel et qu'an civil les actes ont plus d'importance que les intentions? Est-ce que si un aliéné brise une devanture, le tribunal refusera un dédommagement au propriétaire sons prétexte que l'auteur du bris est fou? Si un aliéné crève l'œil d'un passant sera-t-il exonéré par un tribunal du paiement d'une pension? Son état maladif ne peut lui éviter que l'amende ou la prison, mais pas le versement d'indemnité.

Mais alors, si l'on supprime les mots « Aliénation mentale», le tribunal n'aura plus qu'à se prononcer sur le cas d'injures, sévices, incompatibilité d'humeur surtout, et la nouvelle loi est inutile? Parfaitement, et les expertises médicales par-dessus le marché. En somme, les motifs actuels du divorce ne relèvent-ils point d'une mentalité défectueuse? Ne peut-on soutenir que dans chaque couple de divorcés ou de divorçables il y a au moins un déséquilibré? Au moins, car on sait que les anormaux s'attirent, momentanément souvent, pour se séparer bientôt et courir à d'autres alliances.

Alors ne serait-il pas meilleur, si l'on trouve une nouvelle loi utile, de spécifier que les injures, sévices, incompatibilités... relevant de l'aliénation mentale, peuvent nécessiter le divorce? Ou bien encore de limiter les divorces au seul cas d'interdiction pour aliénation?

Il semble cependant que des « bons juges » soient seuls nécessaires, car s'il n'en existe point, c'est que les mœurs ne le permettent point, et alors : *quid leges sine mores*? En résumé, il serait préférable de supprimer « aliénation mentale» et le projet de loi, ou de compléter « aliénation » par l'énoncé des actes relevant de l'aliénation ou enfin par la question préalable d'interdiction.

4° Pourquoi le projet de loi parle-t-il de divorce et non de séparation de corps, ce qui rendrait, sauf erreur, le divorce possible, presque *de plano*, trois ans après? Il se passerait probablement 6 ou 8 années entre le début de l'internement, puisque internement il y a, et le prononcé du divorce, et l'incurabilité, s'il est admis qu'elle puisse s'affirmer, ne pourrait être devenue que plus certaine.

Mais on a pu s'égarer dans les critiques précédentes où le citoyen « censé ne pas ignorer la loi », mais en parlant comme un aveugle des couleurs n'a essayé d'avoir sur le projet de loi autre chose qu'une opinion de sentiment, et il est temps de faire acte de technicien, de médecin et d'aliéniste, considérant les problèmes précédents comme résolus et se demandant comment appliquer le projet devenu loi.

Hâtons-nous de dire qu'il n'est pas niable que le critique cache à la fois un adversaire par sentiment du divorce, et un aliéniste disposé à trouver deux déséquilibrés plutôt qu'un dans un couple de divorcés : maboulie, bêtise, instabilité, égoïsme, irréflexion, impulsivité sexuelle, parfois perversité et aussi affections génitales; c'est à-dire de quoi satisfaire tous les goûts et toutes les susceptibilités.

5° Le texte de loi proposé exige l'intervention de l'aliéniste puisqu'il subordonne le divorce à l'établissement de l'incurabilité du malade.

C'est dans cet établissement que réside à peu près toute l'applicabilité de la loi, car si l'on trouve sans valeur les objections de principe dont quelques-unes seulement ont été citées précédemment, on ne peut pas ne pas tenir compte des obstacles que va rencontrer la certification d'incurabilité.

D'abord, il est plus que probable que plusieurs médecins et non pas un seul seront appelés à donner leur avis. Or, si un praticien isolé se trouve porté parfois à être catégorique dans ses affirmations, il n'en est guère ainsi si deux ou trois experts ont à se prononcer ensemble, dans ce dernier cas, il y aura toujours à attendre des « si » ou des « mais », des « probable », etc., qui embarrasseront beaucoup les magistrats à moins que certains n'en profitent pour refuser le divorce qu'au fond d'eux-mêmes ils considèrent dans tous les cas comme un fléau social.

Et puis croit-on que, même du praticien consulté isolément, l'affirmation d'incurabilité, sera facile à obtenir? Déjà les médecins d'asile sont fréquemment consultés sur cette question d'incurabilité, on même seulement sur celle de chronicité lorsqu'il s'agit de procéder à la vente de valeurs ou de mobilier, ou simplement de l'enlèvement des meubles. Or, les certificats médicaux manquent souvent de clarté à un tel point que des commissions de surveillance se sont trouvées très embarrassées et ont pris parfois le parti de demander seulement aux médecins de dire « si tel malade est appelé ou non à faire encore un long séjour dans les asiles ». Il serait téméraire de prétendre que même alors des réserves ne sont pas fréquemment faites par les aliénistes.

Donc, rien que pour certifier la chronicité dans le but de provoquer la vente d'un mobilier d'indigent, les médecins se font tirer l'oreille; que sera-ce lorsqu'il leur faudra prononcer le mot d'incurabilité et que la rupture définitive d'un foyer pourra en résulter et alors qu'il existera des enfants? (On sait que la situation des enfants de divorcés est un problème social dès maintenant posé).

Que les promoteurs de la loi en chantier sache bien ceci : la première ou presque, des choses qu'apprend, de ses maîtres l'apprenti aliéniste, est que la folie n'est pas si incurable qu'elle peut paraître, qu'il devra autant que possible ne pas prêter la main aux procédures d'interdiction, en pratique toujours suspectes. Et pourtant un jugement d'interdiction est révocable, tandis que le divorce ne sera-t-il pas toujours demandé, on à peu près toujours, pour permettre au conjoint du malade de « refaire sa vie» et dissoudre irrévocablement un mariage? La conclusion de son certificat apparaîtra, quoiqu'on fasse, au médecin comme une sorte de guillotine sèche qu'il est maître de faire tomber, comme le bourreau l'est de presser sur le déclic de l'autre guillotine, puisque c'est son certificat qui déclanchera ou non l'action judiciaire.

6° Il faut aussi se pénétrer de ceci : le médecin s'occupera infiniment moins du conjoint, et surtout du « futur » (un peu « acquis » le plus souvent) de ce conjoint, que du malade lui-même, dont l'aliéniste est le protecteur attitré, ou du moins dont il se regarde comme tel. Or, quelles peuvent être pour un interné les conséquences de son divorce prononcé pour une cause, la folie, dont cet interné n'admet généralement point la réalité?

Pour répondre à cette question il faut se rappeler que le divorce pour cause de folie suppose le conjoint en état de se remarier et surtout de contracter un nouveau mariage fécond et par suite que l'interné n'est généralement pas d'un âge bien avancé et aussi puisqu'il a pu vivre normalement, ayant contracté mariage) encore assez éloigné de la démence complète. On ne doit pas croire en effet que la folie détruise en trois, cinq ou même dix années toute la personnalité, et qu'un malade tombe aussi vite dans un état d'inconscience totale. Il suffit d'avoir entendu une seule fois les protestations véhémentes par exemple, des femmes que, par usage administratif, on désigne par le nom de fille : « Je ne suis pas ma mère! J'ai été mariée! etc, », de même les aliénées réclament fréquemment leurs alliances, afin de montrer à tous (et d'autant plus que les malades sont souvent en proie à des hallucinations auditives les convaincant que leur entourage les accuse de dévergondage) qu'elles ont eu une existence régulière, et qu'il est indigné de les confondre « avec une de ces filles ».

Comment veut-on qu'un aliéniste n'y regarde pas à deux fois avant de voner au suicide presque immanquablement telle mélancolique se voyant abandonnée d'un conjoint encore aimé, ou encore à exaspérer probablement tel persécuté au point de lui inspirer un désir de vengeance, une sorte d'idée fixe de représailles, contre le conjoint qui l'aura abandonné, et qu'il croira (avec certaine apparence de raison) de connivence avec son « successeur » dans la perpétration de son internement; de plus les asiles ne sont pas tellement fermés qu'un persécuté, très généralement partiellement conscient, ne puisse s'en évader et assouvir par un crime sa rancune de délaissé et d'embastillé. D'ailleurs, le médecin est responsable des actes de ses malades, et crime ou suicide peut l'amener devant le tribunal civil et même, en cas de maison de santé privée, lui ôter son gagne-pain, toute faute de sa part (y compris l'internement dit de complaisance) pouvant avoir pour conséquence la fermeture de son établissement. Il sera du reste impossible à propos d'un interné dans un asile public de ne pas demander, quand ce ne serait que pour la forme, l'avis du médecin traitant.

Donc, surtout dans l'intérêt des malades, mais même dans son intérêt propre, le médecin se montrera prudent dans la certification de l'incurabilité, ce qui équivaut à faire que le texte de la loi proposée ne puisse recevoir légalement, en droit strict, son application, autrement que très exceptionnellement, c'est-à dire bien peu utilement.

7° On se trouve ainsi conduit à se demander quelle sera l'importance pratique réelle d'une loi autorisant le divorce pour cause de folie, non pas par le nombre de divorces que cette loi pourra rendre effectifs par sa seule vertu, mais par le nombre probable de cas où elle pourra être invoquée; autrement dit, il y a lieu de rechercher s'il se rencontre beaucoup d'aliénés ayant un conjoint probablement en jouissance de capacités matrimoniales (capables de mariage fécond ou même simplement de passion sérieuse), aliénés dont la folie d'autre part, soit susceptible d'être facilement admise et reconnue par le conjoint et surtout par les magistrats.

Tous les aliénés, évidemment, ne sont pas mariés, ni susceptibles de l'être. Il est donc nécessaire de passer en revue, très rapidement et naturellement très sommairement, les grandes masses que permet de délimiter une mise en ordre facile et superficielle des maladies mentales.

a) Laissons de côté les idiots, crétins, imbéciles, dont l'état est confirmé bien avant la nubilité, et dont les aliénistes n'hésitent point à certifier l'incurabilité quand ils ont à le faire; de même que pour les déments séniles : ce sont justement les groupes que la loi sur le divorce des aliénés, par malchance pour elle, ne peut concerner.

b) Prenons la nombreuse catégorie des démences juvéniles ou précoces dont le début a lieu souvent peu après la puberté et qui, s'ils appartiennent à une famille peu aisée n'ont pas le temps de se marier avant l'éclosion de la folie. C'est encore dommage pour l'application de la loi, car ces malades sont ceux dont l'abolition des sentiments affectifs est des moins contestables et survient même assez rapidement; avec eux il n'y aurait guère à craindre un suicide ou un homicide. Il y a quelques années même, le dommage aurait été plus grand, car l'incurabilité de ces malades aurait été admise après affirmation d'un aliéniste allemand; or, et cela servira de leçon à ses confrères récemment entrés dans la carrière, peu d'années ont suffi pour que cet aliéniste revint sur ses affirmations catégoriques premières. Aussi, si la démence juvénile vient à débuter après quelque temps de mariage,

l'incurabilité irrémissible ne pourra plus être dorénavant affirmée.

c) Que dire des intermittents? Comment prévoir au bout de quelques années d'internement si les intermittences seront courtes ou longues, éloignées ou rapprochées? Il est vrai que si l'incurabilité d'un tel état est la règle, elle n'est pas un avenir inéluctable; et c'est là que le suicide est à craindre, car ces malades ont parfaitement le temps de fonder un foyer avant qu'il puisse être question de leur internement et conservent pendant de longues années des sentiments affectifs assez développés.

d) Passons à la paralysie générale. Elle atteint les hommes surtout de 35 à 45 ans, elle évolue presque toujours rapidement, en quelques années, le pronostic étant particulièrement sombre. A quoi bon un texte de loi dans ce cas, le divorce sera prononcé par la mort sans expertise de médecin et sans procédure ni jugement? C'est cependant parmi les paralytiques généraux que l'on a quelque chance de rencontrer des cas où une loi sur le divorce pour aliénation incurable soit applicable. En effet, il arrive, très exceptionnellement, que la maladie, sans cause nettement connue, s'éternise pendant 8, 10, 15 ans, tout en gardant un pronostic fatal. C'est donc bien là le cas-type rêvé, le conjoint étant presque sûrement dans la force de l'âge. Seulement il y a un mais : paralysie générale suppose avarie et la question se pose de savoir si, puisque la contagion a été réalisée d'une façon infiniment probable du malade à son conjoint, l'on doit faciliter le remariage d'un avarié quasi-certain avec peut-être un bien portant. Ici encore la loi ne paraît pas véritablement utile, car en admettant qu'il se trouve 2 aliénés pour 1.000 habitants, cela fait (à raison de 1 paralytique sur 8 fous) un paralytique sur 4.000 habitants seulement; quant à la proportion de paralysies générales prolongées, celle de 1 par million d'habitants semble vraisemblable; or, si l'on observe que cette maladie atteint plus fréquemment les célibataires, que bien des gens n'admettent pas le divorce, ou n'y songent point, on se demande s'il est bien la peine de mobiliser le parlement, l'opinion, etc., pour solutionner une éventualité rarissime intéressant un plus que probable avarié.

e) Une autre affection mentale des plus fréquentes et spécialement féminine, est la mélancolie, parfois qualifiée de présénile, survenant vers la ménopause, précédant ou suivant de quelques années l'âge critique (car le cerveau ne vieillit pas toujours en même temps que les ovaires), mélancolie où peuvent se rencontrer quelques idées de persécution et même de jalousie. C'est alors encore que le divorce prononcé sous prétexte que la malade est incurable peut provoquer le suicide; car le sentiment de vieillir en tant que femme, la peur de perdre même, sinon sa puissance de séduction, du moins une partie de ses attraits aux yeux d'un conjoint aimé, entrent pour beaucoup dans les symptômes on dans la cause de l'état mélancolique. Il a été parlé plus haut du prix attaché par les femmes à leur titre de « madame » et à leur alliance; il est possible que les hommes attachent moins d'importance au maintien de leur ménage, étant plus souvent portés vers la polygamie, mais cependant la présence des enfants et l'amour paternel, sont chez eux un élément assez important de l'amour conjugal pour qu'ils ne voient point sans tristesse dissoudre leur mariage sous prétexte de désordres cérébraux dont ils sont inconscients et irresponsables. L'aliéniste, inévitablement pitoyable envers les malades, donnera un avis dont les magistrats ne pourront rien faire, et ne les autorisant pas à motiver un prononcé de divorce.

f) Un dernier groupe de malades, celui des aliénés atteints d'idées de persécution, s'offre, après les précédents, à ceux qui se contentent d'une clinique superficielle, quoique exacte, de la folie.

Ces malades sont pratiquement incurables (pas toujours cependant) : persécutés hallucinés, persécutés interprétateurs ou raisonnants, persécutés persécuteurs, sont chroniques... mais ce sont justement des malades pour lesquels les aliénistes éprouvent les plus grandes difficultés à faire admettre leur diagnostic par les tribunaux et par le public, la presse en particulier. C'est également sur ces aliénés que le divorce aurait généralement le moins de répercussion au point de vue affectif, étant donné le caractère égocentrique de leur délire. Toutefois, il faut se méfier des sentiments vindicatifs de tels individus, ainsi que nous l'avons indiqué plus haut, et des conséquences pour leurs familles et pour le médecin chargé de les surveiller, d'un acte de représailles. Il ne faut pas oublier que, pour les asiles publics, l'administration est obligée de protéger l'aliéné et ses biens contre lui-même par les soins de l'administrateur provisoire, et qu'un aliéné processif, comme le sont la plupart des persécutés, n'hésitera pas à réclamer, à propos d'actes commis par lui à la suite d'une manque de surveillance; d'autre part, si un persécuté arrive à obtenir d'un tribunal sa mise en liberté, ne lui sera-t-il pas possible de se prétendre lésé par un prononcé de divorce consécutif à une certification d'incurabilité avec plus de légitime vraisemblance, que s'il se plaint qu'on l'a laissé accomplir une évasion pour tuer, incendier, etc., ou même qu'il a été interné arbitrairement? L'administrateur et le médecin pourront-ils être couverts par l'administration ou du moins en recevoir dédommagement en cas de condamnation?

Le simple fait que l'état mental de certains persécutés s'amende parfois passagèrement (et plutôt en apparence) vers l'approche de la démence, ou par le progrès de l'âge, que plutôt leurs réactions dangereuses perdent beaucoup de leur intensité, joint à la tendance invincible des non-initiés à ne pas reconnaître le délire de tels malades, ne fera-t-il point obstacle à une affirmation sans réserve de leur incurabilité par les médecins? Il est plus que probable que oui, et dans ces cas où la loi aurait le plus de chances d'être appliquée à première vue, elle ne le sera que par hasard et par une sorte d'imprudence du médecin et même du magistrat pour ainsi dire.

En somme, l'importance pratique de la loi en projet paraît extrêmement faible. D'ailleurs, tous les aliénés susceptibles, par un concours exceptionnel de circonstances, d'être certifiés incurables par le médecin et acceptés comme tels par les juges, ne le seront peut-être pas par leurs conjoints, car les proches d'un aliéné trouvent toujours le malade plus conscient qu'il ne l'est en réalité.

« Tout de même, nous dira-t-on, il y a des exemples où le divorce d'avec un aliéné serait une chose à désirer et d'ailleurs désirée : on en cite parfois dans les journaux et dans certaines sociétés savantes ». Nous répondrons: peut-être oui, peut-être non; car il faudrait voir de près ces exemples d'une extrême rareté et faire la part de l'impression personnelle du narrateur, du chroniqueur, peut-être plus royalistes que l'intéressé (c'est du non interné qu'on parle). Mais admettons qu'un homme ou une femme, encore jeune et doué d'un certain « tempérament », ce qui n'est pas défendu, ait pendant les trois ans que le projet de loi lui accorde, fait son choix, après essais, d'une personne avec laquelle il lui semble que la vie peut être vécue, que le foyer puisse se refaire. Admettons même que le mariage avec le fou soit resté sans enfant vivant (en trois ans les derniers nés d'un fou ont eu le temps de mourir en nourrice), les autres d'être « confiés » à l'assistance ou expédiés chez les parents du malade), ne doit-on pas se demander quelle valeur sociale possède ce choix émanant d'une personne en ayant épousé déjà une autre dont la famille présentait des tares faciles à trouver puisque la folie chronique est une maladie de famille la plupart du temps, ayant alors montré une insouciance indéniable lors de la perpétration d'un acte aussi sérieux que le mariage? Ne doit-on pas tenir compte du dicton « que l'on revient souvent à ses premières amours » et penser que le second mariage n'offre pas beaucoup de garanties de stabilité?

Donc si l'on excepte un certain nombre d'âmes sensibles, dont quelques-unes un peu trop dévotes peut-être à Notre-Dame-de-la Larme-à-l'œil, comme on l'a dit avec une spirituelle et pratique brutalité, il semble que le projet de loi sur le divorce pour cause d'aliénation mentale n'intéresse, les « amis » de conjoints d'aliénés compris, qu'un très petit nombre de personnes, un peu plus, vraisemblablement, mais pas beaucoup, que celui qu'intéresse la suppression « légale » de la peine de mort, bourreaux compris.

Conclusion. — En somme, si le divorce pour cause de folie ne doit être prononcé que dans des cas exceptionnels, en admettant que le texte de loi étudié soit promulgué un jour, il ne saurait avoir beaucoup d'inconvénients, sauf aux yeux des gens à principes respectables sur le mariage et de ceux qui ne peuvent surmonter l'obsession des internements arbitraires. Une loi sur une telle question paraît peu utile, mais ce ne peut être qu'un gros avantage pour elle; elle ne risque point de troubler le commerce et l'industrie, ni l'agriculture; de soulever les masses populaires; elle peut provoquer des discussions académiques nombreuses entre médecins, avocats, journalistes, hommes et femmes du monde après le dîner et même pendant; chacun escomptant bien qu'il est trop petit ou trop grand pour en rencontrer la chaîne tendue au travers de la route de sa vie...

Toutefois, si l'on veut faire quelque chose de pratique, ne pourrait-on point renoncer à la certification d'incurabilité, en la remplaçant, à l'exemple d'une législation étrangère, par la constatation d'improbabilité de reprise de « communauté mentale »; ne pourrait-on pas renoncer à la confusion entre internement et folie même incurable, car quand l'incurabilité est acquise depuis quelque temps, le malade devient capable très fréquemment de retourner dans une famille (la sienne ou mieux une autre) où il jouira d'une certaine liberté (limitée et surveillée bien entendu) et dire à l'exemple de ce qui est exigé dans l'interdiction, que l'état habituel de folie doit exister; ne pourra-t-on pas remplacer le divorce par la séparation, la mort de l'aliéné ayant quelques probabilités de se produire et de solutionner la situation; ne pourrait-on point enfin, demander que : *après trois (ou cinq) ans d'état habituel d'aliénation mentale (ou de démence) la séparation de corps pourra être prononcée si la communauté mentale des époux n'a plus de chance d'être rétablie*, ou quelque chose d'analogue?

Dr AMELINE,
Médecin en chef des asiles de la Seine,
Directeur de l'Asile agricole
de Chezal-Benoit (Cher).

(*A suivre*).

REVUE CLINIQUE

Convulsions épileptiformes chez un diabétique acétonémique, par MM. J. FROMENT et SANTY. (*Soc. méd. des hôp. de Lyon*).

On peut observer au cours de l'acétonémie de véritables phénomènes convulsifs: M. le Prof. Lépine, dans son *Traité du diabète* réunit un certain nombre de faits semblables dont quelques-uns personnels. Dans cette brève communication, mettant de côté toute bibliographie, nous nous contenterons de rappeler les caractères principaux de ces convulsions avant de résumer l'observation qu'il nous a été donné d'observer à la clinique de notre maître.

Les convulsions des diabétiques acétonémiques coexistent rarement avec le coma, elles

n'en sont pas moins d'un pronostic fatal à brève échéance ; toutefois le malade de Staunder, malgré plusieurs crises épileptiques, guérit par le traitement alcalin. L'aspect de ces convulsions est variable : elles peuvent être partielles et associées à des crampes, ou encore généralisées. Quant à leur pathogénie, elle est peut-être, elle aussi, variable.

Il existe parfois des lésions d'encéphalite nette (obs. de *Lépine* et *Blanc*); d'autres fois l'autopsie décèle simplement de la congestion et une consistance spéciale de l'encéphale. Dans ces derniers cas tout au moins l'épilepsie semble être de cause toxique : von Jaksch reproduisit d'ailleurs expérimentalement des crises d'épilepsie en injectant de l'acétone.

Voici maintenant la relation succincte du fait que nous avons observé :

Notre malade âgé de 28 ans, diabétique et acétonurique ancien, est envoyé à l'hôpital par notre maître, M. le Professeur Lépine, qui redoute l'apparition d'accidents comateux. Il présente depuis cinq à six jours une somnolence légère et de la céphalée. Toutefois, à l'entrée, salle Sainte-Jeanne, son état n'était pas alarmant : il n'existe ni respiration de Kussmaul, ni somnolence, mais seulement une odeur acétonique très intense de l'haleine. Quelques instants plus tard le malade d'ailleurs rencontré dans les couloirs de l'Hôtel-Dieu déclare qu'il n'a pas la moindre envie de dormir, mais souffre assez fortement de la tête. Dès l'entrée et sur les conseils même du Professeur Lépine on alcalinise fortement le malade, qui reçoit aussi un lavement purgatif. La température est à ce moment de 37°,6, le pouls est à 76.

Quatre heures après son entrée, à 8 h. 1/2 du soir, le malade couché depuis quelques instants tombe de son lit, on le trouve en syncope, sans connaissance, les extrémités froides; on le ranime, on le réchauffe, il vomit alors quelques gorgées de liquide bilieux. L'interne de garde qui survient à ce moment le trouve un peu obnubilé ; le malade toutefois peut le renseigner et lui dire qu'il a 50 grammes de sucre dans les urines et de l'acétone. Il est dans un état de résolution musculaire à peu près complète et transpire abondamment; les pupilles sont un peu dilatées, le pouls est lent et faible, les bruits du cœur sont faibles, on ne note pas de modification du rythme respiratoire. Le malade reçoit à nouveau une prise de bicarbonate de soude, dont il a ingéré 20 grammes, et de l'eau alcaline.

Une heure plus tard débutent soudain des mouvements convulsifs dans les membres supérieurs, plus marqués à droite, et rapidement généralisés à la face. Ces convulsions qui rappellent, au dire des sœurs qui y assistent, une crise d'épilepsie essentielle, durent 10 minutes environ. — L'interne de garde est de nouveau appelé; le malade a un peu repris connaissance il peut avaler, mais ne peut parler. A onze heures du soir, deux heures après la première crise, apparition de nouveaux mouvements convulsifs plus violents que la première fois, qui durent une demi-heure et laissent le malade sans connaissance.

A minuit les convulsions reprennent, mais le malade s'affaiblit graduellement; pendant une heure encore il respire faiblement, son pouls est perceptible, mais les yeux sont fixes, les pupilles ne réagissent plus. A 1 h. 30, c'est-à-dire 5 heures après le début des accidents, le malade meurt: on constate alors la température très élevée du cadavre.

L'autopsie, pratiquée trente heures après la mort, permet de constater une forte odeur d'acétone qui s'exhale de tous ses viscères; en particulier des muscles incisés. *Le cerveau, à part une congestion très marquée de la pie mère et de la substance cérébrale, ne présente aucune altération.* Les organes abdominaux sont sains, on note dans le poumon gauche à la partie moyenne un foyer de bacillose qui avait d'ailleurs été décelé à l'auscultation du malade. *Les reins ne paraissent pas altérés.*

En résumé notre observation rentre dans les cas d'épilepsie généralisée survenue chez des acétonémiques non comateux et se produisant à l'exclusion de toute lésion cérébrale. Autre fait important que nous rappelons en terminant : bien que notre malade ait depuis quelques jours présenté des symptômes peu accusés d'ailleurs, ayant pu faire craindre l'imminence d'un coma, son état n'était ni grave ni inquiétant lorsqu'il fut pris brusquement pendant la nuit des trois crises convulsives qui devaient entraîner sa mort quatre heures après leur apparition.

La kentomanie (1) ou « Manie de la piqure » chez les morphinomanes. Sa guérison, comme premier acte de la cure du morphinisme, par M. Morel-Lavallée, médecin de Lariboisière (*Soc. méd. des Hôp.*).

On sait que le problème de la guérison des morphinomanes se complique du plaisir vicieux que trouvent ces malheureux : 1° *à se faire la piqûre* ; 2° à se la faire *eux-mêmes*, « sans quoi elle *n'agit* pas », même faite par un autre sous leur yeux et de façon à exclure la supercherie, et 3° à se faire *le plus grand nombre possible de piqûres.* Tel est du moins le cas ordinaire ; le plus souvent un malade qui veut s'injecter 0,10 de morphine à la fois se fera cinq piqûres de 0,02 chacune, au lieu d'injecter ses cinq seringues dans la même aiguille laissée en place.

Désireux d'éviter que, comme cela s'est passé pour le vocable *appendicite*, la création d'un nouveau barbarisme ne vint déshonorer la langue française, je propose à la Société des hôpitaux le mot kentomanie (du grec κεντάω κεντῶ, je pique), pour désigner l'habitude maladive de se faire des piqûres.

(1) *Kentomanie*, de κεντάω, κεντῶ. — J'ai proposé *kentomanie* parce qu'il correspond le plus exactement au mot français de *piqûre*, et préférablement à tout autre vocable dont on eût pu aller rechercher la racine étymologique dans les mots grecs signifiant *injection*.

REVUE DE CHIRURGIE

Le traitement des fractures à la Société de chirurgie.

M. Moty fait connaître les procédés de traitement auxquels il a recours contre les fractures des membres.

M. Thiéry s'occupe surtout des fractures du tibia à grand déplacement.

M. Quénu, dit-il, a fait connaître les bons résultats qu'il a obtenus de l'appareil de Lambret, modifié par lui. En vantant cet appareil, M. Quénu a implicitement déclaré la faillite des procédés habituels. Depuis longtemps, M. Thiéry professe la même opinion, et, s'il ne l'a pas déclarée plus tôt, c'était par une sorte de vénération à l'égard d'Hennequin qui a rendu tant de services au traitement des fractures et qui a toujours été si dévoué pour diriger la pose de ses appareils dans les services hospitaliers.

Quoi qu'il en soit, M. Thiéry rappelle que, bien souvent, le traitement des fractures est un peu négligé dans les hôpitaux, et les médecins des asiles de Vincennes et du Vésinet ont souvent constaté des résultats très défectueux.

Dès 1891, M. Thiéry publiait, dans la *Gazette médicale de Paris* un travail sur les fractures du fémur. S'appuyant sur des expériences sur le cadavre, il s'appliquait à démontrer que, pour réduire une fracture du fémur et arriver à la coaptation exacte des deux fragments, il faut opérer une traction extrêmement considérable, traction que les malades ne pourraient jamais supporter. Cette réflexion est également applicable aux fractures du tibia. La réduction géométrique des fractures du tibia est impossible par voie transcutanée. Aucun appareil n'est capable de produire cette coaptation géométrique.

En matière de fractures, ajoute M. Thiéry, le cal est une difformité ; c'est la chéloïde de la fracture. Quand la réduction est bien complète, il ne doit pas y avoir de cal, ainsi que le prouvent plusieurs radiographies que M. Thiéry fait passer sous les yeux de ses collègues. Il y a donc lieu de chercher à faire mieux pour le traitement des fractures du tibia non ouvertes, à grand déplacement.

Deux procédés se trouvent alors en présence : la méthode de Lambret et la suture ou la ligature osseuse par la méthode sanglante. M. Thiéry fait une étude comparative de ces deux interventions.

M. Thiéry n'a jamais appliqué l'appareil de Lambret, mais il se doute bien que l'application d'une broche sur le tibia et d'une autre broche sur le calcanéum constitue une intervention assez sérieuse. D'après les radiographies qu'il a vues, la coaptation dans le sens transversal n'est pas toujours parfaite, on risque aussi de déterminer des escarres et des arthrites consécutives qui prolongent de beaucoup la durée du traitement des fractures du tibia. En somme l'appareil de Lambret constitue un procédé compliqué, chirurgical, qui peut donner un résultat satisfaisant mais non idéal.

Ce résultat idéal, M. Thiéry croit s'en rapprocher beaucoup plus en ayant recours à la suture osseuse par intervention sanglante. Il rappelle avoir été un des premiers à vanter le traitement des fractures du tibia à grand déplacement par la suture osseuse. Au Congrès de chirurgie 1901, sa première communication sur ce sujet fut accueillie peu favorablement. MM. Lucas-Championnière et Reynier protestèrent. M. Lucas-Championnière pouvait avoir quelques raisons de protester. En son absence, à l'Hôtel-Dieu, M. Thiéry appliqua la suture osseuse sur deux malades, l'une hystérique, l'autre choréique, qui firent sauter les sutures, d'où un résultat déplorable. Si M. Championnière a jugé de la valeur de la méthode sur ces deux cas, on comprend qu'il n'en ait pas été satisfait. Mais M. Lucas-Championnière n'a pas vu les malades qui sont partis guéris et bien guéris. M. Thiéry cite plusieurs exemples, avec radiographies à l'appui. Avec l'instrumentation de Tuffier, la suture ou plutôt la ligature osseuse est devenue plus facile et M. Thiéry considère ce mode de traitement des fractures du tibia à grands déplacement comme le traitement idéal. Les résultats de la suture sont généralement parfaits et exigent des soins aseptiques moins prolongés que les broches de Lambret.

M. Thiéry a remplacé les fils d'argent par des fils de cuivre. Il n'opère pas sur des membres variqueux. L'appareil plâtré est inutile. Une simple gouttière suffit. Toutefois la guérison, par ce procédé, n'est pas très rapide. La cicatrisation osseuse se fait assez lentement.

En résumé, nous sommes aujourd'hui en possession de deux procédés chirurgicaux pour le traitement des fractures du tibia à grand déplacement : le procédé de Lambret et celui de la suture. M. Thiéry donne nettement la préférence à ce dernier.

M. Rochard demande à M. Thiéry s'il n'a jamais eu d'accident. Il préfère, quant à lui, recourir encore à l'appareil de Hennequin, bien appliqué, comme étant moins dangereux et comme donnant un résultat fonctionnel très suffisant. Quant au cal, il existe, sans doute aussi bien après la suture, mais il ne se voit pas à la radiographie.

M. Routier, contrairement à ce qu'a dit M. Thiéry sur la négligence apportée par les chirurgiens des hôpitaux dans le traitement des fractures, prétend y apporter tous ses soins et

Traitement nouveau du Paludisme

Depuis longtemps, on cherchait un remède rationnel à donner aux paludéens, en dehors de la quinine qui reste le traitement-type du paludisme mais dont l'action est insuffisante.

Il fallait trouver un produit nouveau qui, pris dans l'intervalle des crises, permit de remédier à la déchéance des organes atteints tout en améliorant l'état général.

La Filudine due à des recherches multiples qui se sont poursuivies pendant plusieurs années, répond à tous les desiderata de la science et permet maintenant au médecin de lutter d'une façon efficace contre le paludisme chronique.

La Thiarféine

La Filudine comprend un *sel nouveau* découvert par M. Chatelain : la thiarféine ou thio-méthyl-arsinate de caféine et dont voici la formule :



$$CH^3,AsS^3\ [C^8H^7(CH^3).Az^4O^2]$$

On sait que le méthylarsinate de soude donne de bons résultats dans le paludisme. Le Professeur Armand Gautier n'écrivait-il pas : « Cette médication semble, au point de vue de sa spécificité et de son efficacité, plus puissante que la quinine elle-même? »

La sulfuration du méthylarsinate dans la thiarféine lui communique des propriétés nouvelles.

A l'action antipaludique s'ajoute l'action antifermentative. En plus, l'addition du soufre à la molécule du méthylarsinate a pour effet de tonifier l'estomac et les intestins. Le méthylarsinate sulfuré est une préparation arsenicale dénuée de toute toxicité par suite de la liaison intime de ses composants. Enfin nous avons couplé à la molécule du méthylarsinate sulfuré une molécule de caféine dont le rôle est de stimuler l'activité nerveuse et de combattre les états de dépression causés par la fièvre paludéenne.

Les extraits opothérapiques

Pour obtenir le maximum d'activité sous le minimum de volume, nous traitons par nos procédés spéciaux et à très basse température les organes fraichement recueillis, nous obtenons ainsi des Extraits *totaux*, desséchés ensuite dans le vide dans les conditions les plus favorables.

Nos extraits de foie contiennent le fer (fonction martiale du foie), les corps azotés phosphorés (lécithine, jécorine), le glycogène, les graisses et les ferments (ferments protéolytiques, les ferments de substances nucléiniques (nucléases, adénases, xanthinoxydases, glyoxylases et un ferment uricolytique), ferments des éthers et des graisses, ferments des hydrates de carbone, catalases et oxydases.

Les extraits de rate comprennent, dans la pulpe blanche, les lymphocytes, et dans la pulpe rouge, les xanthines, les sarcines, les lécithines et une substance protéique ferrugineuse.

Action physiologique

L'action des extraits spléniques sur le paludisme a été bien mise en vedette par les Drs Critzmann, Constley, Lemanski (de Tunis).

Les extraits hépatiques jouissent de la propriété de stimuler toutes les fonctions du foie et surtout sa fonction antitoxique.

Les extraits associés de ces deux glandes ont une action beaucoup plus active par un phénomène de synergie très caractéristique et donnent des résultats extrêmement heureux.

Les paludéens anémiques et déprimés ont tout intérêt à alterner la médication de la Filudine avec des cures de Globéol dont on connaît la haute efficacité comme reconstituant. Ses effets sur ces malades sont des plus remarquables.

La Filudine constitue le traitement-type du paludisme en dehors des crises. Elle vient ajouter son action à celle de la quinine qu'elle ne remplace pas, mais qu'elle complète.

La Filudine ne présente *aucune contre-indication* ni *aucune toxicité*.

Tout paludéen, toute personne vivant dans les pays de paludisme doit prendre de la Filudine d'une façon systématique et même à titre préventif pour mettre l'organisme en meilleur état de résister à l'infection malarique.

ÉCHOS

L'éclairage des hôpitaux et des sanatoriums.

L'éclairage des hôpitaux et des sanatoriums est rarement assuré par le gaz de houille, étant donné l'éloignement de ces établissements des centres habités. Il n'y a donc que trois modes d'éclairage qui peuvent être mis en ligne : l'électricité, l'acétylène et le gaz d'air. L'électricité est d'une installation coûteuse, difficile à conduire et représente une dépense de premier établissement de 50 francs par lumière; l'acétylène abaisse ce prix à 25 francs, quant au gaz d'air, les frais de premier établissement sont variables suivant l'importance de l'installation et oscillent entre 25 francs et 75 francs. De plus, c'est un éclairage très dangereux ainsi que cela a été prouvé maintes fois. L'acétylène reste donc le plus pratique et le plus économique.

Mission scientifique et Congrès.

Par arrêté du 27 juin 1911, du Ministre de l'Instruction publique, le Dr Foveau de Courmelles a été chargé d'une *mission* en Danemark, Suède et Norvège, pour y étudier l'état de l'*électrologie et de la radiologie médicales* et de leur enseignement.

Delégué de l'Alliance française, le Dr Foveau de Courmelles fera en Danemark, Suède et Norvège, diverses conférences sur l'influence et la science françaises, dans les sections de l'Alliance.

Le XVIe Congrès International de *Protection des Animaux* se tiendra à Copenhague (1-5 août 1911), sous le haut patronnage du roi de Danemark. Vice-président : Dr Foveau de Courmelles.

Remèdes chinois pour prévenir la peste

Au début du printemps, que l'on fasse bouillir du suc de betteraves dans lequel on aura ajouté, sans qu'il soit besoin de la mesurer exactement, une certaine quantité de haricots grimpants, et que tous, petits et grands boivent de cette décoction, aussi longtemps qu'elle est encore chaude : ils éviteront ainsi la peste.

Telle est du moins l'avis qu'un préfet chinois fit afficher à la porte d'un pestiféré.

Voici encore un autre moyen prophylactique : Prendre un fragment d'os de cheval, l'envelopper dans un morceau d'étoffe rouge et le coudre dans un sachet que les hommes devront porter du côté gauche alors que les femmes le mettront sur leur flanc droit.

REVUE FINANCIÈRE

La situation s'améliore graduellement au fur et à mesure que s'éclaircit l'horizon politique. Les cours progressent et le marché redevient stable. C'est le moment de prendre position sur les valeurs injustement dépréciées et profiter de la baisse provoquée surtout par des vendeurs à découvert qui pourraient bien être pris à leur propre piège. Les établissements de crédit reprendront à bref délai. On doit escompter une plus-value déjà sensible à l'heure où nous écrivons, sur tout le compartiment mexicain. Les banques de ce pays sont, d'après les déclarations mêmes du ministre des Finances, en excellente posture et n'ont subi que peu de pertes. Elles monteront encore.

On ne peut qu'encourager le portefeuille et les spéculateurs à acheter des Sucreries d'Egypte, des Motor Cab (préf.), des Central Mining, des Rand Mines (les seules valeurs minières à toucher)

Les valeurs industrielles russes vont reprendre très probablement, mais il y a lieu de s'abstenir. C'est un conseil de prudence que nous donnons. Il y a mieux à faire avec un marché aussi bas !

A.-S. Weil.

REVUE IMMOBILIÈRE

PROPRIÉTÉS RURALES

212. — **Sologne**, à proximité de forêt et de gares d'express. Belle Propriété comprenant : Château construit il y a cinq ans avec le confort moderne : 10 chambres de maîtres, parc de 12 hectares, 3 domaines d'une contenance de 260 hectares, 200 hectares de bois de toutes essences, le tout d'une contenance de 477 hectares. Belle Chasse à tous gibiers, équipages à proximité. Revenu actuel : 7.250 francs sans compter la valeur locative du château et de la chasse estimée à 10.000 francs. Prix demandé : 510 000 francs. (2827)

213. — **Eure.** Domaine comprenant : petit château en bon état dans un parc de 2 hectares 30 ares, herbages 12 hectares, terres 33 hectares, bois 11 hectares. Contenance totale : 58 hectares. (Possibilité de s'agrandir d'une dizaine d'hectares). Ferme louée 3.000 fr. jusqu'en 1912. Prix demandé : 150.000 fr. (2837)

214. — **Seine-et-Oise** Ligne de Paris à Mantes, jolie Propriété d'agrément comprenant de belles et hautes réceptions. 7 chambres de maîtres, 5 cabinets de toilette. Petit Pavillon comprenant 4 chambres de maîtres. Contenance totale : 5 hectares en parc et prés, vue très étendue. Prix de vente : 100.000 francs. (2855)

215. — **A 28 minutes de Paris-Nord et à 5 minutes** de la gare, ravissante Villa Louis XV très bien construite et en parfait état comprenant de nombreuses réceptions, 7 chambres de maîtres, 3 chambres de domestiques, beau jardin planté de vieux arbres, rivière anglaise, potager en plein rapport. Contenance totale : 1 hectare. Prix demandé à débattre : 150.000 francs. A louer meublé à la saison : 6 500 francs. (2690)

82e Année (Série XIIIe) — N° 104 Le Numéro : 25 Centimes Mercredi 26 Juillet 1911

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
rue Bénis-Poisson, PARIS
TÉLÉPHONE : 573-40

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale......... 15 fr.
Edition Espagnole .... 10 fr.
Edition Portugaise.... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

Ancienne Gazette de Santé
(139e Année)

ÉCHOS

Faculté de Médecine de Paris

Par décret présidentiel, en date du 16 juillet, sont nommés, à partir du 1er novembre prochain : M. Teissier, professeur de pathologie interne; M. Weiss, professeur de physique médicale et M. Letulle, professeur d'histoire de la médecine et de la chirurgie.

— Sont nommés après concours : Clinicat gynécologique : M. Deverre, chef de clinique titulaire; M. Bonhier, chef de clinique adjoint.

Clinicat ophtalmologique : M. Cerise, chef de clinique titulaire; M. Chenet, chef de clinique adjoint.

Clinicat chirurgical : MM. Mathien, Sanvé, chefs de clinique titulaires; Poupardin, chef de clinique adjoint.

Clinicat chirurgical infantile : M. Perrin, chef de clinique titulaire.

Clinicat des maladies des voies urinaires : M. Picot, chef de clinique titulaire.

Clinicat thérapeutique : M. Gy, chef de clinique titulaire; M. Cawadias, chef de clinique adjoint.

Clinicat médical : MM. Lippmann, Chiray, Pinard, chefs de clinique titulaires; Villaret, Lian, Sezary, chefs de clinique adjoints.

Clinicat des maladies mentales : MM. Boudon, chef de clinique titulaire; Lévy-Valensi, chef de clinique adjoint.

Clinicat médical infantile : MM. Lemoine, chef de clinique titulaire; Harvier, Ferrand, chefs de clinique adjoints.

Clinicat des maladies cutanées et syphilitiques : MM Lévy-Frenkel, chef de clinique titulaire; Bory, chef de clinique adjoint.

Clinicat des maladies nerveuses : MM. Tinel, chef de clinique titulaire; Jumentié, Mme Long, chefs de clinique adjoints.

Faculté de Médecine de Montpellier.

Par décret présidentiel, en date du 16 juillet, M. Vires est nommé professeur de thérapeutique et matière médicale.

Association Amicale de Médecine et de Chirurgie.

Une nouvelle association vient de se fonder ayant pour présidents d'honneur : MM. les professeurs F. Guyon et A. Pinard et MM. les Drs Bocquoy, Charles Monod et Moutard-Martin. Son but est défini par l'article 1er de ses statuts :

« L'association amicale de Médecine et de Chirurgie se propose de grouper des médecins ayant les mêmes idées déontologiques, et de resserrer entre eux les liens d'une bonne confraternité, en leur fournissant des occasions de se réunir, et les moyens de sentr'aider professionnellement.

« Elle entend rester étrangère aux questions politiques et religieuses, elle s'efforcera d'éviter toute polémique, de quelque nature qu'elle soit ».

Le comité directeur est composé de MM. le prof. Chauffard, président; Pissavy, secrétaire; S. Banzet, trésorier; Moutard-Martin, Queyrat, Morax, Le Masson, Marcel Pinard, H. Rendu, membres du comité.

Congrès ajourné.

Le Congrès de la Tuberculose, qui devait avoir lieu cette année à Rome, est remis au mois d'avril de l'année prochaine.

Distinctions honorifiques

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Archambaud (de Saint-Denis), d'Astros (de Marseille), Astruc (de Montpellier), Bayle (de Toulouse), Bergis (de Montauban), Brumpt (de Paris), Buy (de Clermont-Ferrand), Cousin (de Marseille), Desoil (de Lille), Dor (de Lyon), Fournial (de Clermont-Ferrand), Frenkel (de Toulouse), Gautrelet (de Bordeaux), Jeaugey (de Dieppe), Limperopoul (de Paris), Michel (de Nancy), Millardet, de Rennes), Moinet, médecin-major à Tours; Mongour (de Bordeaux), Moutier et Mulon (de Paris), Papin (d'Angers), Patoir (de Lille), Piton (de Brest), Proust (R.) et Quentin (de Paris), Sellier (de Bordeaux), Tabonriech (de Montpellier), Tixier (de Lyon), Verger (de Bordeaux), Villière (de Saint-Denis).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Andignon (de Mouségur), Balthazard (de Paris), Bernardin (de Toulouse), Boitel, médecin aide-major à Marmande; Bouchot (du Perrenx), Bourguet (de Toulouse), Bousquet (de Carcassonne), Brauca et Brindeau (de Paris), Buès, (de Sisteron), Chevassu de Paris, Descazals (de Limoges), Espinouze (de Perpignan, Fournier (de Clermont-Ferrand), Gallet (d'Annecy), Grégoire (de Paris), Herbier (de Nancy), Hyenne (de Besançon), Jocet (de Quimper), Lafolie (de Brest), Leclerc (de Dijon), Lienhard (de Wasquehal), Loquin (de Vassy), Marquis (de Rennes), Merger (de Chaumont), Millet et Mont-Réfet (de Paris), Natalelli, médecin aide-major à Lille; Parisot (de Tours), Perrin (de Nancy), Pluyinage (de Marcoing), Rolle (de Villenauxe-la-Grande), Schwartz (de Paris), Sébilleau (de Nantes), Silhol (de Marseille), Solmon, médecin-major à Cambrai; Taconnet (de Lille), Thévenot (de Lyon), Vialle (de Tours), Vouzelle (de Limoges).

Services rendus a l'assistance publique. — *Médaille d'argent*: M. Brault, à Paris.

Mérite agricole. — *Officiers*: MM. Brouilie, Gilbert, Guillaumet, Socquet, à Paris; Denoziers, à Lucenay-lès-Aix (Nièvre); Patay, à Rennes; Picou, à Montsalvy (Cantal).

Chevaliers. — MM. Chouquet, Lemierre, Lenfez, Pagès, à Paris; Gautrelet, à Bordeaux; Lehmann, à Nevers; Marty, à l'Isle (Dordogne).

En prévision du choléra.

Sur la proposition de M. Grébanval, le Conseil Municipal de Paris vient de voter les crédits demandés par le préfet de police pour mesures sanitaires à prendre dans les gares pour empêcher l'introduction du choléra.

La surveillance des émigrants.

Le bureau de la Commission d'hygiène de la Chambre des députés a été reçu au ministère de l'Intérieur. Il a insisté sur le caractère d'urgence que présente le vote de la proposition déposée par M. Lachaud, député de la Corrèze au sujet de la surveillance des émigrants débarquant et transitant en France.

Le temps ayant manqué pour aboutir au vote de cette loi avant les vacances parlementaires, le Gouvernement prendra par décret les mesures les plus urgentes préconisées par la Commission, complétant ainsi les prescriptions édictées par la récente circulaire ministérielle.

Nécrologie.

Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le Dr Marfaing, qui dirigeait avec M. M. Hercouët la maison de santé et de convalescence de Saint-Mandé (Seine), fondée en 1860 par Brierre de Boismont.

Le Dr Marfaing a institué pour sa légataire universelle l'Association Générale des Médecins de France.

— Nous avons également le regret d'apprendre en dernière heure la mort de M. le Dr Nélaton, chirurgien des hôpitaux, qui vient de succomber subitement aux suites d'une embolie.

Trois Cas d'Appendicite vermineuse

par M. le Dr M. SÉNÉCHAL
Chirurgien assistant
et M. R. ENGEL
Interne de la Maison Départementale de Nanterre

Ce n'est guère que depuis 1901 que l'attention a été attirée sur la présence d'helminthes dans certains cas d'appendicite aiguë. Les cas publiés sont encore peu nombreux. 34, d'après Ch. Garin, qui, le 17 septembre 1910, publiait une intéressante revue générale : « L'appendicite vermineuse », dans la *Gazette des Hôpitaux*.

Y aurait-il actuellement une fréquence plus grande de vers dans les appendices enlevés chirurgicalement? On bien plutôt les a-t-on recherchés ces temps derniers avec plus d'attention? Toujours est-il que, dans son service de chirurgie de Nanterre, M. le docteur Reymond, qui, cependant, après chaque appendicectomie, ouvre soigneusement le processus vermiforme et l'examine de près, n'en avait pas observé jusqu'à ces mois derniers.

Il nous a été donné d'observer et d'opérer trois cas d'appendicite aiguë vermineuse dans le service de notre maître, en un laps de temps extrêmement court (février-mars 1911).

Nous avons pu constater avec M. Ch. Garin (cité plus haut) la gravité particulière de ces formes appendiculaires. En effet, dans sa revue générale, celui-ci donne une statistique de 21 0/0 de mortalité. Les complications graves de l'appendicite aiguë sont de règle dans l'appendicite vermineuse : perforation, abcès péri-appendiculaire, péritonite plus ou moins circonscrite.

Il nous a paru intéressant de publier ces cas où l'on peut observer une graduation dans la gravité des accidents — les plus graves ont été observés au cours des appendicites à trichocéphales.

Nous avons eu le bonheur de voir les trois malades sortir guéris du service du docteur Reymond.

1° Appendicite aiguë à oxyures chez un garçon de 9 ans.

Jean C., 9 ans, entre dans le service le 7 mars 1911, parce qu'il souffre dans la région appendiculaire.

Antécédents : Rien de particulier à signaler ces dernières années, sauf une constipation souvent opiniâtre. Il y a quinze jours commence à se plaindre d'une douleur diffuse dans la région appendiculaire, douleur qui tend à s'irradier à tout l'abdomen.

Pas de vomissements, mais température 38°, pendant 4 jours, constipation opiniâtre.

Examen : Ventre souple, tympanisme, sauf submatité dans la région de Mac Burney. Palpation douloureuse en ce point. Langue saburrale. Température 37°9. Pouls 94, régulier.

Diagnostic : Crise d'appendicite aiguë légère.

Repos absolu; bouillon de légumes; lavements évacuateurs.

13 mars. — *Opération* par M. Reymond.

Incision de Jalaguier. Grand épiploon légèrement adhérent à la paroi, liquide citrin dans la cavité péritonéale. On trouve un appendice gros, long de 9 centimètres, adhérent par sa pointe dans la profondeur; le corps de l'appendice est appliqué sur la face externe du cœcum par un méso très épais et plissé. Ligature du méso-appendice. Section ensuite du bord adhérent de l'appendice, ce qui permet de le développer dans toute sa longueur. Section de l'appendice. Enfouissement.

Suites opératoires normales : l'enfant sort guéri le 17e jour.

L'appendice est gros dans son ensemble : ouvert il contient dans toute son étendue des matières jaunâtres fluides. La muqueuse est saine, sauf dans sa portion moyenne de légères sugillations, avec piqueté hémorrhagique et deux ulcérations de la muqueuse de la grandeur d'une tête d'épingle.

Le contenu appendiculaire examiné sur lames révèle la présence de 9 œufs d'oxyures vermiculaires avec de nombreux éosinophiles. On ne trouve pas de vers.

Une coupe faite au niveau des ulcérations montre :

Une infiltration leucocytaire de la muqueuse et de la sous-muqueuse; infiltration qui remonte par places jusqu'au contact des couches musculaires qu'elles séparent par places l'une de l'autre ;

Bandes de tissus fibreux étranglant en certains points les follicules lymphoïdes, hyperplasiés par places.

Les glandes en tubes sont bien conservées, non hypertrophiées. Les vaisseaux lymphatiques très dilatés dans la musculeuse et la sous-muqueuse.

Vaisseaux sanguins dilatés surtout dans le tissu péritonéal.

En un point ulcération nette de la muqueuse, et l'on voit nettement partir de ce point les traînées lymphocytaires gagnant la périphérie de l'appendice.



Observation n° 1.

En résumé, crise et lésions d'appendicite chronique, avec poussée récente d'appendicite aiguë, due vraisemblablement aux ulcérations de la muqueuse appendiculaire; ulcérations probablement d'origine vermineuse.

Des recherches ultérieures dans les selles décellent la présence d'œufs d'oxyures, 20 pour un gramme de matières fécales.

3 oxyures; 1 mâle, deux femelles.

Appendicite à trichocéphale.

Louise G., 25 ans, journalière, a souffert de la misère et pendant tout l'hiver se nourrit d'un peu de charcuterie bon marché et de pain. Entre le 27 janvier à la maison de Nanterre par suite de sa misère complète.

Elle souffre de constipation intense, coupée de débâcles diarrhéiques. A la suite de purgations répétées, elle a des vomissements alimentaires, avec malaise général, frissons, douleur intense dans la fosse iliaque droite.

Température 38°3. A ce moment elle passe dans notre service.

Examen du 7 février 1911.— Le ventre est souple uniformément, la palpation en est douloureuse au point de Mac Burney seulement. La palpation profonde des régions ovariennes, droite et gauche, n'est pas douloureuse.

Langue saburrale, température vespérale 38°5, matinale 38°; constipation absolue.

Toucher vaginal : Utérus normal en rétroversion, col gros regardant en haut en avant. Le corps de l'utérus est peu mobile et ne peut être redressé par le palper combiné au toucher.

Annexes droites perceptibles peu douloureuses, annexes gauches nettement douloureuses. Cul-de-sacs latéral gauche et postérieur légèrement empâtés. Pertes blanches abondantes.

Diagnostic : Appendicite chronique avec salpingite double, surtout marquée à gauche. Métrite cervicale.

Etat général assez bon, la malade ne paraît pas anémiée. Elle n'a jamais eu d'urticaire, ni aucun état nerveux particulier.

Température 38°2, pouls 86.

Régime lacté, glace sur le ventre.

La malade très constipée ne va que par lavements. Douleur nettement localisée au point de Mac Burney au moment d'aller à la selle. Apyrexie absolue.

Le 11 février : Douleurs plus vives dans la région appendiculaire, à la suite d'une purgation intempestive. Retour au calme.

Le 2 mars : Etat nauséeux. Température 38°2. Pouls 94; glace sur le ventre; malgré cela l'état général devient mauvais.

Ballonnement du ventre accentué, ventre douloureux mais point appendiculaire très douloureux; empâtement péri-appendiculaire. Deux vomissements alimentaire puis bilieux; constipation opiniâtre.

Le toucher montre un col fixé, regardant en bas, cul-de-sac antérieur libre;

Cul-de-sac postérieur occupé par une grosse masse, s'étendant du sacrum à l'utérus, dont elle dépend, en tous les cas qu'elle immobilise complètement.

Cul-de-sac latéral gauche : même masse arrondie, en ce point utérus absolument immobile.

Cul-de-sac latéral droit : très douloureux, annexes non perceptibles par suite de l'empâtement.

La percussion abdominale révèle une matité sus-pubienne médiane haute de trois travers de doigts, mais qui ne s'étend pas dans les flancs. Pas de température.

Toucher : signes d'une poussée de pelvipéritonite

Régime lacto-végétarien, glace sur le ventre.

Pendant cette période, la malade a eu ses règles qui ont duré 4 jours et ont été normales non douloureuses.

Opération : 23 mars 1911, par le Dr Reymond.

Incision médiane ombilico-pubienne de 8 centimètres. A l'ouverture du ventre on constate que l'utérus et les annexes sont englobés par des adhérences hyalines. On va de suite rechercher l'appendice qui est adhérent par la pointe à la face profonde. Appendice long de 12 centimètres, gros dans sa portion terminale. Ligature du méso et de l'appendice. Enfouissement. On va ensuite par le Douglas essayer de libérer l'utérus des masses formées par les annexes, surtout à droite. Gros kyste ovarien qui se rompt, lorsqu'on essaye de faire basculer l'utérus en avant.

On constate la présence d'un petit fibrome sous-péritonéal sur la face postérieure de l'utérus.

Hysterectomie subtotale en conservant la plus grande partie du col.

Péritonisation assez difficile, surtout à droite.

Pas de drainage. Suites opératoires normales.

Sort guérie du service le 22 avril 1911.

Examen des pièces : Salpingite double, lésions d'endo-métrite ancienne. L'appendice ouvert, on trouve dans sa portion supérieure un tricocéphale mâle vivant.

L'appendice paraît hypertrophié par places, il n'y a pas d'ulcérations.

Microscopiquement on note de l'hypertrophie glandulaire irrégulièrement disséminée; hypertro-

phie des follicules clos. Nombreuses trainées fibreuses. Infiltration leucocytaire uniquement limitée au tissu interglandulaire. Vaisseaux non dilatés.

Examen du sang : Avant l'opération, 4 millions 780.000 de globules rouges ; à la sortie. 5 millions 200.000 de globules rouges, 17.000 globules blancs.

Traitement au thymol : supporte 3 grammes de thymol : 1 gr. 1er jour; 2 gr. 2e jour; 3 gr. 3e jour; 3 gr. 4e jour.

On retrouve dans les selles 27 tricocéphales, 18 femelles et 9 mâles. Examen des selles à la sortie : négatif.

Appendicite à trichocéphale

Marie S., 30 ans, journalière. Présente des antécédents intéressants à rappeler.

Père mort diabétique, la mère présente tous les signes d'un diabète gras; notre malade elle-même a 3 grammes de sucre par litre dans ses urines.

Dans son enfance : rougeole, scarlatine, compliquée d'angiocholite avec rétention biliaire.

A 16 ans, soignée pour une chorée molle ;

A 21 ans, soignée à Bichat pour un zona ophtalmique;

Deux enfants vivants, une fausse couche par suite de travail exagéré à la machine. Température élevée à la suite de cet accident.

Il y a deux ans la malade vient habiter les environs de la maison de Nanterre, se nourrit peu et mal.

Charcuterie et surtout légumes venus des champs d'épandage d'Achères. Boit de l'eau d'un puits filtrant découvert situé à 500 mètres de la Seine.

Le 27 septembre 1909, attaque d'appendicite aiguë. Dans les jours qui ont précédé, aucun prodrome pouvant faire songer à une appendicite d'origine vermineuse; pas de troubles nerveux, pas d'urticaire, pas de diarrhées profuses survenant brusquement, pas de céphalée ni convulsions.

Crise aiguë, avec 38°,5 de température, vomissements bilieux et tous les signes habituels, sauf la persistance des selles, régulières sans diarrhées, glace sur le ventre pendant un mois.

Retour à l'état normal.

Le 26 octobre 1910. — Nouvelle crise d'appendicite; absence des signes pouvant faire penser à la présence d'helminthes. Température 39°. Reste un mois au lit avec de la glace sur le ventre, a eu cette fois-ci des vomissements porracés; des douleurs très vives au point de Mac Burney, de l'œdème de la paroi de l'hypochondre droit.

Pas d'arrêt des matières ni de diarrhées.

Aucun trouble nerveux ni cutané.

L'état général après un mois de traitement reste mauvais. La malade souffre de son flanc droit, douleurs dans la face antéro-externe de la cuisse, irradiées au genou, qui à certains moments empêchent la marche et la flexion du corps.

En novembre, l'état général devient moins bon, la malade ne peut absorber que des aliments liquides, lait, purées.

La région appendiculaire reste douloureuse « et comme gonflée », suivant, les termes de la malade.

Vers le 15 novembre, la malade va consulter à Beaujon, le Dr Bazy, qui porte le diagnostic : Abcès péri-appendiculaire avec peut-être salpingite droite.

La malade refuse de se laisser soigner.

Dans la suite, l'état général reste mauvais, les aliments solides ne sont pas supportés, et la malade fait des poussées de température, avec état nauséeux, vertiges, mais pourtant selles régulières.

La malade entre le 3 février 1911 dans notre service.

Examen : Malade très amaigrie, facies de bacillaire; cependant les poumons sont normaux; ne tousse pas. Ventre souple, sauf dans la région appendiculaire où l'on constate une défense nette.

Palpation très douloureuse : on peut cependant percevoir, à 3 centimètres en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure, une masse du volume d'un gros œuf de poule.

Région ovarienne droite peu douloureuse.

Persistance des douleurs irradiées à la cuisse et au genou. Articulation coxo-fémorale normale; rien à la radiographie, la marche est difficile, limitation des mouvements dans l'extension et la flexion, pas dans l'abduction.

Toucher vaginal : Utérus normal en rétroversion légère, mobile, mais les mouvements de latéralité sont douloureux, col normal de multipare.

Culs-de-sac normaux, sauf le droit légèrement empâté. Annexes droites perceptibles peu douloureuses, mais on peut constater l'indépendance de la masse appendiculaire et de l'ovaire droit.

Température, 37°2, Pouls, 84.

Diagnostic : Ancien abcès péri-appendiculaire avec salpingo-ovarite droite probable.

Opération : 7 février 1911. M. le Dr Sénéchal.

Incision ombilico-pubienne de 8 centimètres.

Epiploon adhérent à la paroi à la partie supérieure de l'incision, les adhérences cachent tout le petit bassin et le flanc droit.

En bas, elles sont rompues facilement.

On va directement chercher les annexes droites, qui sont reconnues saines, l'ovaire est légèrement congestionné et scléreux.

Le petit bassin bien protégé, on va libérer les adhérences du flanc droit.

A mesure que l'on s'approche du cœcum, elles sont de plus en plus difficiles à rompre.

Le cœcum, découvert, on le trouve adhérent à la paroi latérale, fixé par des adhérences.

On cherche l'appendice en arrière et on tombe ainsi dans une poche qui contient encore du pus concret. On essaye d'extérioriser le cœcum, pour rechercher l'appendice que l'on croit postérieur.

A un moment, les compresses ramènent avec des parcelles de pus un petit corps filiforme. Mis de côté.

En arrivant sur la face postérieure du cœcum les compresses reviennent tachées de matières fécales.

Le cœcum est extériorisé, on trouve sur la face postérieure, à l'endroit de l'insertion appendiculaire, une perforation ovalaire, en cul de poule, qui donne passage à des matières fécales et trois vers, pris à la pince.

Fermeture de la perforation par un double surjet. Dans la poche de l'abcès appendiculaire on trouve encore au milieu du pus deux vers vivants.

Un gros drain placé dans cette cavité.

Un autre dans le petit bassin.

Utérus fixé à la paroi antérieure par trois fils traversant sa paroi antérieure.

Fermeture de la paroi en trois plans.

L'examen des vers donne : 6 tricocéphales, 4 femelles et 2 mâles.

Le 22 février. — Suites opératoires : le 9e jour, formation d'une collection purulente a la place de l'ancien abcès appendiculaire.

Par l'incision de Roux, on évacue la collection : pus crémeux ne contenant pas d'helminthes.

Drainage ; un léger accident : fistule stercorale, qui se tarit spontanément et la malade sort guérie du service le 2 avril.

M. le professeur Brumpt a bien voulu examiner lui-même les matières fécales de la malade. Ce sont les résultats dus à sa haute compétence que nous transcrivons ci-dessous :

M. Brumpt a trouvé 1.512 œufs de trichocéphale dans un gramme de matières fécales, ce qui donne le chiffre énorme de 400 à 500 trichocéphales hébergés dans son cœcum et son gros intestin.

Le 27 mars, on commence le traitement au thymol. La malade reçoit 4 lavages d'intestin en 4 jours, contenant respectivement 1,2,3 et 3 grammes de thymol.

Pas d'accidents.

La malade expulse pendant cette période du traitement de 4 jours consécutifs 184 trichocéphales : 115 femelles et 69 mâles.

La malade sort guérie chirurgicalement, malgré nos conseils avant la fin du traitement antihelminthique.

Il ne nous a pas été donné de la revoir depuis.

L'examen de son sang donnait au moment de la sortie :

4.350.000 globules rouges; à l'entrée : 4.247.000 globules rouges.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Autour de l'Internement

Est-ce parce qu'aucun médecin n'a été effectivement mis en cause, parce que la bonne foi de celui de nos confrères qui avait été le plus étroitement mêlé à l'affaire a été publiquement proclamée à l'audience, parce que les questions d'aliénation mentale et d'internement restent mal connues de la majorité du corps médical et lui paraissent être de celles dont il vaut mieux ne pas se mêler ? Mais notre presse spéciale n'a que fort discrètement commenté un jugement du 3 avril 1911, par lequel la neuvième Chambre correctionnelle a condamné à des peines d'emprisonnement, comme acteurs principaux ou comme complices du délit, six personnes inculpées de violences, à l'occasion de manœuvres ayant pour but d'interner un homme déjà traité à une époque antérieure de sa vie dans un asile privé d'aliénés.

Notons immédiatement que, grâce aux précautions du législateur de 1838, l'internement n'a pas été possible : le Directeur de l'asile où l'aliéné présumé avait été conduit ne le garda pas dès que l'irrégularité de la situation fut par lui constatée ; l'internement était illégal, comme l'ont déclaré les experts, puisque le certificat médical utilisé en la circonstance était depuis quelques heures périmé, *donc inexistant*. Cet internement pouvait en outre être considéré comme inopportun, puisque l'attitude du malade n'indiquait pas qu'il y eût alors urgence, l'urgence étant la seule condition qui, d'après la loi, justifie l'absence d'un certificat rédigé moins de 15 jours avant la date de l'entrée.

Bien ou mal conseillé, l'homme qui avait failli être réinterné porta plainte : sa femme voulait, dit-il, se défaire de lui. Elle avait préparé l'internement avec la complicité de deux employés dont l'un songeait, à coup sûr, à épouser sa fille et à mettre la main sur une affaire industrielle en pleine prospérité. Il considérait ce jeune homme (qu'il n'employait d'ailleurs que depuis quelques jours), comme un dangereux arriviste. N'était-ce pas lui qui avait « procuré » le médecin certificateur, autre complice très probablement ? Voilà quelle fut la thèse présentée au magistrat instructeur, ce fut celle que ce magistrat adopta et celle où le Tribunal suivit l'instruction, grâce au prétexte opportun de coups et blessures portés au plaignant par des infirmiers chargés de le conduire à l'asile et de l'en ramener.

Après consultation d'experts, le médecin fut mis hors de cause, mais il fut considéré comme ayant été trompé par des gens intéressés à obtenir l'internement. Si donc on voulut bien admettre l'honnêteté relative de notre confrère, ce fut à la condition de le supposer ignorant, naïf ou léger : les journalistes les mieux intentionnés le traitèrent fort mal ! Car à propos de cet incident, la presse tout entière avait été mise en mouvement par une de ces formules magiques qui toujours passionnent l'opinion : il suffit que dans des cas analogues soient prononcés les deux mots : « séquestration arbitraire », pour qu'immédiatement les journaux de toutes nuances chargent vigoureusement contre la loi du 30 juin 1838, les asiles d'aliénés et les médecins, et pour que le séquestré quel qu'il soit, devienne un martyr.

Cette fois d'ailleurs l'opinion publique recevait pleine satisfaction ! Le médecin ne s'en tirait qu'à grand peine, et il subissait un éreintement moral dont il se souviendrait. Quant à tous ceux qui avaient pris part à la tentative de séquestration, qui, dans un but intéressé, honteux, avaient voulu priver *« à jamais »* un homme de sa liberté, ils étaient inculpés, puis condamnés. Leur honorabilité antérieure était indiscutable. C'était leur premier contact avec la justice répressive ; les conseilleurs n'avaient pas directement coopéré à l'exécution des actes retenus par le Tribunal (qui ne doit pas juger sur des intentions), peu importait ! On les frappa avec une sévérité qui montrait combien ils étaient coupables.

Rien ne justifiait donc, semblait-il, la tentative d'internement dont le plaignant avait été la victime ; cet internement ne pouvait avoir pour but que de laisser le champ libre à ceux qui voulaient dépouiller un homme capable de se conduire avec correction et de gagner largement sa vie par l'exercice d'une profession délicate. Les magistrats qui se montraient si rigoureux avaient probablement la preuve qu'aucun autre mobile que l'intérêt n'avait pu peser sur la femme du plaignant et sur les complices de cette femme, lorsqu'il s'était agi de préparer un séjour forcé dans une maison de santé. Or, en suivant *les débats publics, au cours desquels il a été donné lecture de plusieurs extraits des rapports d'experts et de nombreux certificats médicaux*, on constatait avec stupéfaction le fait fondamental suivant : tous les médecins, aliénistes ou neurologistes, qui avaient eu à examiner le plaignant avant, pendant ou après le premier internement étaient d'accord pour admettre chez lui l'existence d'une affection organique des centres nerveux ayant régulièrement pour conséquence un

affaiblissement notable des facultés intellectuelles : quatre experts, commis à deux reprises, hésitent à désigner exactement la lésion causale : s'agit-il de méningo-encéphalite diffuse ou d'artérite cérébrale spécifique ? Ce point leur paraît douteux, mais cliniquement la déchéance intellectuelle leur semble manifeste, et comme leur examen dure plusieurs semaines, comme une rémission s'accuse sous leurs yeux, ils notent avec soin, dans leur rapport, ce fait leur donnant à penser qu'au moment de la rédaction du certificat incriminé, la situation était peut-être moins favorable qu'au début de leur propre observation. S'ils estiment qu'au jour de la tentative d'internement, il n'y avait pas urgence ; s'ils reprochent au médecin certificateur (dont l'intervention était de 16 jours antérieure à cette tentative, ne l'oublions pas), d'avoir dans sa rédaction attribué autant d'importance aux renseignements de l'entourage du malade qu'à ses constatations personnelles, ils servirent de prétexte au placement ; ils indiquent expressément qu'ils connaissent mal la vie privée du malade, et ils doutent que celui-ci puisse encore exercer correctement sa profession.

Le diagnostic d'affaiblissement intellectuel étant établi même par les praticiens qui, au moment de leur examen, n'ont pas jugé l'internement immédiatement utile, l'affaire devient banale pour le médecin aliéniste pourtant, ce qui lui confère une particulière gravité, c'est que des magistrats sont intervenus et se sont prononcés contre les inculpés avec la même sévérité que l'opinion publique et apparemment pour les mêmes raisons. Que dans une espèce de ce genre, le Tribunal ait à trancher la question de l'internement (mesure qui ne s'impose pas toujours dans la situation du plaignant telle que les experts l'avaient décrite, mais mesure qui parfois devient indispensable), qu'il ait solutionné au sujet de la surveillance du malade et de la forme à donner à cette surveillance le différend semblant exister entre l'épouse et le reste de la famille, rien ne paraissait plus légitime. Mais fallait-il aboutir à des poursuites correctionnelles ? Faut-il rejeter systématiquement tous les arguments des inculpés, et se rallier à l'hypothèse (celle du plaignant), qui faisait de certains d'entre eux d'habiles chevaliers d'industrie ? Fallait-il enfin conclure par une condamnation en masse ? Peut-être, si le plaignant n'était suspect au point de vue mental ni dans le passé ni dans l'avenir. Mais s'il n'en est pas ainsi, si tous les examens médicaux concluent à l'existence d'une affection telle que des actes désordonnés ont pu hier être la conséquence de cette affection et que d'autres pourront en être la conséquence demain, il est tout au plus permis de dire que l'internement ne s'impose pas aujourd'hui ; il est par contre singulièrement osé de considérer en bloc comme non valables tous les arguments invoqués en faveur d'une tentative antérieure d'internement et d'attribuer à celle-ci, même illégale et même inopportune à l'heure où elle a été tentée, une intention malhonnête. Qu'on n'objecte pas que le Tribunal n'a retenu contre les accusés que l'inculpation de violences : il n'est douteux pour personne que c'est la tentative d'internement qu'on reprochait aux employés et à la femme du plaignant et en les poursuivant comme complices et en les punissant plus sévèrement que les infirmiers, auteurs principaux des violences. Quand on est en contact quotidien avec les malades atteints dans leur intelligence et avec l'entourage constamment divisé de ces malades, quand à propos de chaque certificat d'internement, on est sûr de devenir d'emblée suspect à une partie de la famille de l'aliéné, la lecture du jugement du 3 avril surprend et inquiète, car elle laisse soupçonner que les magistrats, généreusement préoccupés d'empêcher tout attentat à la liberté de l'individu, partagent en matière d'internement et d'aliénation mentale les préventions si souvent injustes du public même éclairé.

Ces préventions visent les médecins, le régime de l'asile public ou privé, les proches qui demandent ou acceptent l'internement. Elles sont extrêmement fâcheuses pour les malades : c'est donc surtout à cause des malades qu'il faut essayer de les dénoncer, si l'on veut rendre moins malaisée, à ceux qui en assument la responsabilité, une tâche pénible encore que nécessaire.

***

Il faut tout d'abord généraliser la discussion : celle-ci peut être considérée comme étant à l'ordre du jour à cause du retentissement et de la conclusion judiciaire du cas auquel nous avons fait allusion jusqu'ici. Elle doit dépasser ce cas particulier. Personne, d'ailleurs, ne voudrait affirmer que le Tribunal s'est trompé, lorsque tous les moyens d'information avaient été préalablement réunis pour éclairer la conviction des juges. Cependant, il est permis de se demander, dans l'hypothèse où les magistrats eussent été familiarisés avec la pratique de la psychiatrie (état et variations de l'état des malades, querelles constantes dans l'entourage de ceux-ci, signification et utilité de l'internement), s'ils eussent jugé de la même manière et s'ils n'eussent pas reculé devant l'adoption de certains attendus. Un de nos confrères, le Dr Alaize (1), médecin des asiles publics, a apprécié comme il convenait quelques particularités de ce procès sur lesquelles il est inutile d'insister davantage ici. Il a déploré une fois de plus, qu'à bonne foi égale, l'avis des personnes honorables et de bon sens ait été préféré à celui des gens compétents, toujours suspectés à cause de je ne sais quelle déformation professionnelle de l'esprit. Et pourtant, si l'on admet cette déformation professionnelle, la thèse que les magistrats voient dans tout prévenu un coupable ne se soutiendrait-elle pas aussi aisément que celle en vertu de laquelle les aliénistes voient un aliéné dans tout homme soumis à leur examen ? Que le rappel de ce lieu commun me soit permis à cause du fragment d'auto-observation suivant :

Lors de la première audience que la neuvième Chambre consacra à l'affaire X..., celle qui nous occupe, et avant que cette affaire fût appelée, le Tribunal dut juger une quinzaine d'inculpés ayant à répondre de délits de gravité moyenne : injures aux agents, vols, vagabondage, etc... Les mois de prison pleuvaient et, en quelques minutes, tout cela fut expédié, sans un acquittement et sans un sursis. Je n'avais jamais assisté à l'une de ces fournées et mon premier sentiment fut d'éprouver une indignation profonde à cause de la rapidité et de la sévérité des magistrats, dans des espèces où il semblait qu'un peu d'attention ou de pitié eussent été de mise. Puis, je me demandai si mon indignation n'était pas déplacée et je pensai très vite que mon impression d'incompétent était sans intérêt : « Les Juges sont renseignés, « me dis-je, par les dossiers qu'ils ont sous les « yeux ; d'autre part, leur éducation profession- « nelle et leur grande expérience leur permet- « tent d'appliquer très vite la peine convenable, « la valeur sociale du coupable étant connue « et le délit étant nettement caractérisé. Tout « est pour le mieux ! » Eh bien ! je voudrais qu'un raisonnement identique fut appliqué par les magistrats eux-mêmes aux actes des spécialistes, dans l'exercice de leur spécialité, lorsque la bonne foi de ces spécialistes a été admise, et admise sans arrière-pensée. Je ne demande pas un instant que le pouvoir souverain d'appréciation des juges soit limité par les avis techniques, je souhaite seulement, dans l'intérêt de tous, que l'affirmation d'un technicien de bonne foi, lorsqu'elle n'est pas contredite par les experts, ne soit pas considérée comme sans valeur, parce que dix ignorants plus ou moins passionnés auront soutenu le même jour et à propos du même fait la thèse diamétralement opposée. Je n'ignore pas qu'en médecine, chacun prétend discuter et trancher contre les médecins. Je sais aussi qu'un magistrat a soutenu qu'il suffit d'avoir du bon sens pour apprécier si un homme jouit ou non de la plénitude de ses facultés mentales. Je sais enfin, et Alaize nous l'a rappelé, que le président Troplong estimait que nous n'avons pas beaucoup changé depuis Molière ! Et quand cela serait ? Les malades n'ont-ils pas les médecins qu'ils méritent et ne sont-ils pas avides, de nos jours comme au grand siècle, d'explications auxquelles ils ne comprennent rien ? Des trois personnages classiques qui prennent part chaque jour à la scène constamment vécue de la consultation, je ne trouve si ridicules, ni le malade que les mots rendent confiants, ni le médecin qui s'efforce par des mots d'inspirer confiance : j'ai moins d'estime pour l'ami sceptique et raisonneur, qui se gausse de l'un et de l'autre, jusqu'au jour où il devient le plus naïf et le plus impatient des malades. C'est pourtant lui, l'homme de bon sens, qui attribue toujours à la mauvaise confraternité, sans songer aux difficultés, les contradictions, plus apparentes que réelles, séparant parfois deux avis médicaux. C'est lui qui, prenant à témoin la sagesse des nations — il faut qu'une porte soit ouverte ou fermée — veut que le doute soit l'expression de l'ignorance. Nul magistrat, certes, ne saurait tomber dans ce travers et cependant, certains d'entre eux mettent leurs experts à la torture, en leur posant des questions d'une précision déconcertante : « Dites-moi si tel jour, à telle « heure, mande en substance le juge d'instruc- « tion aux experts qu'il commet, X... était ou « non dans un état tel qu'il fallait l'interner. « Je tirerai de votre réponse à cette question « précise telles indications qu'il me convien- « dra. » Les experts répondent comme ils doivent, et comme ils peuvent, « X..., ou Z..., n'est pas en état de santé parfaite : il est atteint d'une affection organique des centres nerveux entraînant telles conséquences possibles et telles conséquences certaines. Toutefois, les renseignements que nous avons obtenus nous permettent de penser que l'internement ne s'imposait pas le jour où cet internement a été tenté. » « Donc, ceux qui, avec le malade lui-même, « pensent qu'il n'était pas fou ont raison, con- « clut le juge et ils ont raison aussi quand ils « affirment que ceux qui ont voulu l'interne- « ment avaient de mauvais desseins. J'inculpe « ces derniers et ils me rendront tous compte « des violences dont X... se plaint aujourd'hui. « Bien plus, expliquez-moi comment, dans cette « affaire, votre confrère, Messieurs les experts, « put être de bonne foi. » Et les experts d'être obligés d'expliquer que l'illégalité de l'internement tient justement à ce fait : qu'on s'est servi d'un certificat trop ancien, le législateur ayant estimé que l'état mental d'un malade est susceptible de se modifier en deux semaines. Le médecin est en somme écarté du débat et le réquisitoire ne l'atteint que platoniquement. Félicitons-nous-en, en toute confraternité. Mais la situation de certains inculpés nous semble différente de ce qu'elle apparut aux magistrats. Souhaitons donc que dans toutes les affaires du même ordre (à cause de celle-là, elles ne manqueront pas de surgir), le juge d'instruction laisse aux experts la liberté de lui exposer quelques remarques suggérées par leur expérience de ce qui se passe autour des internements. J'imagine qu'alors le rapport médico-légal contiendrait,

(1) Les disciples de Troplong, *Médecin Praticien*, 31 mai 1911.

à côté de la discussion de points précis et spéciaux, les indications générales suivantes, avec cette restriction que les maîtres de notre art appelés à éclairer la justice, les exposeraient plus brièvement, plus clairement, et cependant d'une façon plus convaincante.

***

« ... Le long et minutieux examen auquel nous nous sommes livrés, nous a permis de constater chez X..., Y..., ou Z..., l'existence de symptômes physiques et psychiques révélateurs d'une affection chronique du cerveau. Ainsi que cela arrive souvent en clinique psychiatrique, nous hésitons entre deux diagnostics, parce qu'il est des signes communs aux deux maladies, auxquelles se limite notre indécision. L'une et l'autre cependant entraînent d'habitude des désordres graves des facultés mentales et nous avons dû tous (1) délivrer des certificats d'internement concernant des personnes atteintes de l'une ou de l'autre. L'internement, il est vrai, dans de tels cas, ne saurait être considéré *a priori* comme une mesure définitive, de même qu'il ne saurait être considéré *a priori* comme indispensable à toutes les étapes de la maladie. La famille du malade a souvent le droit de le faire cesser trop tôt ; elle n'a jamais le pouvoir de le faire durer au delà de ce qui est utile, grâce aux précautions du législateur de 1838. Il serait plus souvent possible d'éviter l'internement si le malade admettait qu'il a besoin de repos et de soins ; mais il n'en est pas ainsi d'habitude et mal conscient de sa situation, le malade ne peut être traité que si, par chance, les circonstances permettent de le priver de sa liberté. Faisons remarquer incidemment que dans le projet de loi destiné à remplacer demain le texte de 1838, le législateur a inscrit, sans rencontrer d'opposition à la Chambre, l'intérêt de la santé du malade parmi les causes qui autoriseront l'entourage de celui-ci à provoquer l'internement. N'oublions pas, d'autre part, qu'il n'a jamais été démontré qu'à propos des histoires retentissantes de séquestration arbitraire, dont l'opinion s'empare périodiquement, l'internement ait visé quelque personne réellement saine d'esprit. Dans les très rares espèces où l'arbitraire pouvait à la rigueur être établi, c'est parce qu'on a interprété, dans son sens le plus étroit la loi de 1838, d'après laquelle ne doivent être retenus que les aliénés compromettant l'ordre public ou la sécurité des personnes. Si, dans les mêmes espèces, on avait pu envisager, comme cela sera possible demain, le réel intérêt des malades, l'internement n'aurait-il pas été le plus souvent maintenu ? Et si à propos de certains malades on discute, c'est parce qu'il est quelquefois très difficile d'apprécier à partir de quel moment le désordre de la conduite d'un psychopathe est, ou non, compromettant pour l'ordre public ou la sécurité des personnes. Que le conducteur d'un fiacre automobile, propriétaire de sa voiture soit atteint d'affaiblissement intellectuel, c'est-à-dire inattentif et partiellement amnésique, mais d'autre part ne présente ni délire ni tendance aux violences et que malgré l'avis des médecins, il veuille continuer l'exercice de sa profession, le simple fait de cette obstination crée un danger pour autrui. Y a-t-il un moyen *légal*. pour parer à ce danger, autre que le placement d'office du malade dans une maison de santé et faut-il y recourir, ou faut-il attendre l'accident et à partir de cet accident seulement, remarquer l'irresponsabilité du chauffeur qui sans être un « *fou* » au sens admis par le public, est un amoindri, incapable d'exercer librement une profession délicate et inconscient de cette déchéance ? Les avis peuvent être partagés à cet égard : des juristes soutiendront que nul ne doit être privé de sa liberté s'il n'a pas démontré par sa conduite qu'il est incapable d'en jouir ; des médecins, forts de leur expérience clinique, seront d'avis au contraire qu'une séquestration précoce a le double avantage d'éviter à autrui des accidents irréparables et de placer le malade lui-même, encore qu'il en souffre parfois, dans les conditions les plus favorables à sa santé. Nous ne prétendons pas que l'une de ces manières de voir soit meilleure que l'autre : mais lorsqu'une partie de la famille du malade, celle qui vit en contact continu avec lui, qui *pâtit et court certains risques du fait de ce contact*, adopte la seconde et veut obtenir un internement, il ne s'ensuit pas qu'elle obéit à des mobiles intéressés et blâmables, même si l'opportunité sociale de l'internement n'apparaît pas à tout instant. Or, dans des cas de cette nature et *c'est le point le plus important du débat, celui que les médecins doivent faire ressortir*, il arrive presque toujours qu'en face des partisans de l'internement se dressent dans le sein même de la famille, ou parmi les voisins et les amis, ceux que Falret a si justement appelés les « Don Quichotte » des aliénés. Don Quichotte, ils le sont non tant parce qu'ils expriment un avis opposé à celui de l'entourage immédiat, avis plus généreux en apparence, mais surtout parce que semblables au héros de Cervantès, ils transforment d'inoffensifs moutons en redoutables bandits. Ils ne veulent pas admettre les explications les plus simples, que dans l'intimité, les écarts de conduite du malade aient été plus ou moins fréquents ou plus ou moins graves, que la femme, le mari ou les enfants agissent par crainte du présent et pour garantir l'avenir : il leur faut de ténébreux complots contre les intérêts matériels de celui qu'on veut interner ; les précautions élémentaires qu'on prend pour assurer le transport discret du malade dans une maison de santé deviennent, non les preuves d'une tentative de séquestration, que nul ne songe à nier, mais les preuves de la malhonnêteté de cette tentative. Quelqu'un de l'entourage a-t-il indiqué l'adresse d'un médecin susceptible, par sa compétence, de rédiger et de signer un certificat, c'est qu'il est complice et qu'il peut également compter sur la complicité du médecin de son choix ! Dans ces cas où le médecin hésite au sujet de la conduite à tenir, une amélioration passagère ou durable suit parfois très rapidement l'état qui légitimait la rédaction d'un certificat d'internement. Nouvelle preuve de la mauvaise foi de ceux qui recherchaient le placement, dira-t-on ! Mais si ce placement avait été réalisé dans les plus brefs délais, n'aurait-il pas pu être considéré comme ayant déterminé l'amélioration ? Celle-ci, malheureusement trop rare, prouve seulement que l'évolution de chaque cas clinique est particulière et comporte des incidents inattendus, des modifications brusques. Ce n'est pas la faute des aliénistes si un jour, ils sont obligés, en observant fidèlement, de contredire en partie le diagnostic et le pronostic portés la veille ; si la mélancolie suit dans certains cas la manie de très près et si parfois, sans transition, l'excitation fait place au calme. A la décharge de ceux qui viennent nous demander des conseils et nous confier leurs appréhensions, nous devons ajouter ceci : Tel psychopathe, déséquilibré ou légèrement affaibli, insupportable et dangereux pour son entourage immédiat, est, dans le même temps, capable de s'observer et d'être correct devant ceux qui le voient à intervalles plus ou moins éloignés ou pendant un temps relativement court : dans ces conditions, quelles affirmations contradictoires le magistrat n'est-il pas exposé à entendre !

Enfin, pour dire toute notre pensée, (mais au préalable, nous insistons soigneusement sur ce point que cette discussion tout entière dépasse l'espèce actuelle), nous devons faire une dernière remarque : toute question d'interdiction étant réservée, l'homme dont les facultés critiques sont diminuées par la maladie, est plus à l'abri des aigrefins lorsqu'il est interné que lorsqu'il est libre, puisque la loi de 1838 a prévu la surveillance immédiate des biens des internés... »

***

Il me semble essentiel que nous attirions l'attention des magistrats sur la fréquence de la division en deux partis extrêmes et irréconciliables de la famille des psychopathes, dès qu'il est question d'internement. Je n'oublie jamais, pour ma part, lorsque je crois devoir conseiller l'internement d'un malade, d'avertir les proches qui vont entreprendre la série des formalités nécessaires qu'en suivant mon conseil, ils verront se dresser contre eux, parmi leurs parents ou leurs amis, des ennemis acharnés : ceux-ci se porteront au besoin dénonciateurs et calomniateurs, mais ce n'est qu'exceptionnellement, à la suite de manœuvres dans lesquelles les formalités légales n'ont pas été respectées, que les juges ont à se prononcer en audience publique. Certes, il n'y a pas lieu de féliciter de ces fausses manœuvres ceux qui les commettent et en sont effectivement responsables, puisque nul n'est sensé ignorer la loi. Mais les poursuites auraient-elles le même caractère, et d'autre part, certains complices présumés ne seraient-ils pas écartés des débats si l'on ne voulait pas démontrer quand même que tous ceux qui ont coopéré à l'internement n'ont pas pu agir dans un but avouable.

Parfois, comme cela s'est présenté dans le cas qui a servi de point de départ à notre discussion, des infirmiers ou des domestiques sont accusés de violences par les malades qu'ils surveillent ou qu'ils transfèrent : nul brutal n'est digne d'indulgence et je sais que malheureusement des faits graves échappent à toute sanction, car la preuve est parfois fort difficile à faire. Mais, ce qui pour l'aliéniste expérimenté la rend plus difficile encore, c'est de constater que fréquemment les plaintes de certains malades sont dénuées de tout fondement, ou bien ceux qui résistent se prétendent frappés lorsqu'ils sont simplement maintenus ; et qui peut dire exactement ce qui se passe quand il y a lutte ? Il est prudent en tout cas de ne s'en rapporter pour savoir s'il y a eu violences qu'à un examen strictement objectif.

Mais il y a violence, dira-t-on, du fait de conduire quelqu'un dans un lieu où il ne veut pas aller. Alors, on ne saurait trop engager les infirmiers acceptant de transporter, d'un domicile particulier dans un établissement spécial, une personne qu'on leur dit être aliénée, à se faire présenter le certificat médical, afin de vérifier sur cette pièce la date de la rédaction et la mention de la nécessité de l'internement. C'est le moins que puisse exiger un subalterne, momentanément chargé d'une mission délicate, et qui risque la prison chaque fois qu'on s'avisera d'estimer qu'il a dépensé trop de vigueur physique dans l'accomplissement de cette mission, alors que ceux qui l'en ont chargé n'étaient pas en règle avec la loi.

Dr P. Juquelier.

(1) J'imagine, ce qui est l'hypothèse la plus vraisemblable, que tous les experts sont des aliénistes.

JURISPRUDENCE PHARMACEUTIQUE

L'usage peut autoriser l'employé de pharmacie démissionnaire à disposer chaque jour de deux heures pour chercher une nouvelle place. Mais l'employé ne peut quitter l'officine au moment de la journée qui lui convient et ce pendant deux heures dans le délai de préavis précédant la sortie ; le choix des heures d'absence appartient exclusivement au patron. (Trib. com., Nantes).

L'Aliénation mentale cause de Divorce [1]

(SUITE DE NOTRE ENQUÊTE)

XLII

M. le Dr Paris, médecin de l'asile de Maréville-Nancy, nous fait parvenir l'appréciation ci-jointe:

Nancy, le 6 *juin* 1911.

MONSIEUR ET TRÈS HONORÉ CONFRÈRE,

Puisque vous me faites l'honneur d'insister pour avoir mon avis sur la question actuellement à l'ordre du jour « *l'aliénation mentale et le divorce* », j'ajouterai quelques considérations aux documents que vous apportent maints collègues plus autorisés.

Mes notes sont distribuées dans un ordre surtout déterminé par celui des questions envisagées dans le rapport que vous m'avez communiqué. Elles sont un peu longues, quelques-unes sans lien direct avec ce rapport; je vous prie donc de vouloir bien les joindre simplement au dossier que vous devez transmettre à M. le député Viollette.

Admettre *très facilement* l'aliénation mentale comme cause de divorce, ce serait, à mon avis, créer une source d'*abus*, d'*erreurs* et d'*injustices* :

1° Décréter qu'un aliéné est incurable parce qu'il a passé trois ou même cinq ans dans un service fermé d'aliénés, c'est donner à un pronostic aussi grave des bases qui ne sont pas absolument scientifiques. Il y aura l'expertise spéciale, dira-t-on? Mais il y aura peut-être aussi l'expert qui n'a pas encore ajouté aux études de début, quelque brillantes qu'elles aient été, les surprises que donne seule une longue pratique. Les exemples de guérison tardive, obtenue après plus de cinq ans de séquestration, ne sont pas nombreux peut-être; j'en connais cependant plusieurs et la plupart des aliénistes de ma génération doivent en avoir vu quelques-uns aussi; cela suffit pour que l'on doive en tenir compte, puisque, en droit, le moindre doute doit rester au bénéfice du défendeur.

2° L'intérêt de l'aliéné serait-il toujours suffisamment sauvegardé, si les conditions de l'expert n'étaient pas très formelles? Des craintes ne sont-elles pas fondées quand on voit relater comme précédent acceptable un jugement de tribunal admettant « *que le malade libéré d'un asile doit être réputé guéri* » et que les injures graves qu'il peut dès lors commettre autorisent son conjoint à demander le divorce? » Combien d'aliénés quittent nos services sans avoir éprouvé une amélioration sérieuse de leur mentalité, tout simplement sur les insistances d'un conjoint qui, ayant un intérêt quelconque à obtenir la sortie, prend sans hésitation tous les engagements, fait toutes les promesses de surveillance et de soins qu'on lui demande. En s'appuyant sur des jugements analogues, les intéressés n'arriveraient-ils pas à se passer d'expertise médicale spéciale? On verra là l'indication de précautions spéciales.

3° « Comment garder la fidélité, même de cœur, à un aliéné enfermé qu'on sait incurable, alors que cet individu qui a été notre conjoint ne peut plus jamais être que fardeau pesant et source d'amertume? », écrit M. Viollette. Mais l'abandon de cet aliéné ne semble-t-il pas étrange si l'aliénation mentale a été précisément le résultat éloigné d'une affection communiquée par le conjoint qui demande le divorce, si elle a été occasionnée surtout par des fatigues, des tribulations, des peines physiques ou morales suscitées en grande partie par ce dernier?

4° « L'aliénation mentale *peut* (*doit* à mon avis) être considérée comme une maladie, mais c'est tout au moins une maladie d'un *genre bien spécial*? » Mais on arrive progressivement et assez rapidement depuis quelques années, à diminuer le nombre des formes d'aliénation mentale auxquelles on pourrait appliquer cette étiquette « genre bien spécial ». Et qui oserait affirmer qu'on ne pourra pas, un jour, rendre à beaucoup de vésaniques chroniques au moins une partie de leur personnalité intellectuelle et morale? Ne voit-on pas *chez* de vieux chroniques, l'état mental s'améliorer au moins temporairement sous l'influence d'une maladie physique aiguë? Ne voit-on pas des aliénés justement considérés comme déments (sens médical du mot) accuser un retour de sentiments affectifs dans la période præagonique, quelques heures avant la mort? Tout n'était donc pas altéré et désorganisé dans le cerveau de ces aliénés? Voilà qui doit donner à réfléchir et qui laisse de l'espoir.

5° N'est-il pas à craindre que, en admettant comme cause de divorce toute aliénation mentale chronique, on arrive à donner à toute aliénation mentale un caractère quelque peu infamant, puisqu'elle se trouvera assimilée en somme aux fautes graves jusqu'alors seules reçues comme causes de divorce et *la famille* de l'aliéné, pour le public simpliste, sera ainsi affligée d'une tare que les médecins aliénistes était parvenus à dépouiller de divers caractères pénibles. Un résultat déplorable de la restitution de ces caractères à l'aliéné sera peut-être le retour à la mise en traitement tardive, le retour à la dissimulation aussi prolongée que possible de l'aliénation mentale par la famille du malade.

Est-ce à dire qu'il n'y a qu'à laisser les choses en l'état? Je ne le crois pas non plus. Mais on pourrait peut-être limiter à un *très petit* nombre de cas, bien précisés, le droit au divorce pour le conjoint resté sain d'esprit; en voici, par exemple, deux catégories (il en est peut-être d'autres qui pourraient être déterminées par une commission médicale spéciale?) :

a) La paralysie générale progressive jugée passée à la chronicité, serait admise comme cause de divorce sauf dans le cas où il serait démontré que le demandeur a contribué au développement de la maladie. En somme, la paralysie générale progressive peut être considérée comme dérivant habituellement d'une maladie qui figure déjà dans les causes de divorce sous l'étiquette « injures graves ». Mais serait-il rationnel d'accorder le divorce à un époux qui est lui-même convaincu (1) que la paralysie générale est la conséquence d'une infection qu'il a apportée?

b) Les délires nettement systématisés et très fixes, depuis plus de trois ans par exemple (à la condition que ces caractères soient certifiés par un médecin spécialiste ayant suivi le malade pendant un an au moins), pourraient être compris dans les causes admissibles (2) de divorce.

Ces délires ont souvent été cause de séparations de corps ou de divorces, ainsi que l'ont indiqué plusieurs de mes collègues; beaucoup de persécutés-persécuteurs ou de malades atteints de folie systématique primitive sont séparés de corps ou divorcés, quelques-uns le sont évidemment par jugements reposant sur des motifs qui n'étaient en réalité que conséquences du changement survenant dans leur mentalité, qu'expression de troubles plus ou moins dissimulés de la phase de début de la maladie (on sait que certains persécutés dissimulent assez longtemps leurs préoccupations de la première phase). Et l'expérience clinique prouve qu'il est très rarement possible de rendre un de ces malades à sa propre famille, qu'il n'est jamais prudent de leur rendre une liberté complète.

Mais j'estime que, afin de ne pas faire de nouveau considérer les maladies mentales comme maladies infamantes, honteuses, etc., il y aurait lieu de donner dans le texte de loi des dénominations généralement admises pour désigner les syndrômes chroniques sur lesquels pourrait reposer une demande de divorce. On éviterait ainsi de faire figurer les expressions « démence » ou « aliénation mentale » sous lesquelles on comprend généralement des troubles extrêmement différents et quant à la pathogénie et quant à l'évolution, aux conséquences, etc. On ne porterait pas une atteinte aussi grave à la dignité de malade que l'on doit s'efforcer de maintenir à tout aliéné, même jugé probablement incurable (1).

Dr L. PARIS.

XLIII

M. Julien Bonnecase, professeur agrégé de la Faculté de Droit de l'Université de Grenoble, nous fait parvenir l'étude ci-dessous :

Grenoble, le 25 *mai* 1911.

Monsieur le Dr Lucien Graux,
directeur de la *Gazette médicale de Paris*.

Monsieur le Directeur,

La loi du nombre ne semble pas jouir à l'heure présente d'une extrême faveur; c'est néanmoins sous ses auspices que je place ma communication, car je vous prie d'y voir l'expression purement matérielle du droit de suffrage que vous avez bien voulu m'octroyer et que la simple courtoisie me fait un devoir de mettre à profit. Si je suis, malgré tout, quelque peu long, c'est qu'il me paraît impossible de voter juridiquement par simple « oui » ou simple « non ».

Je n'hésite pas à me déclarer opposé à la réforme, objet de notre enquête, pour des raisons, d'ailleurs, d'ordre exclusivement juridique et social, je m'empresse de le dire. Avant de les exposer, je ferai deux précisions destinées à donner à ma pensée toute sa portée.

Je ne puis tout d'abord passer sous silence une difficulté d'ordre médical, destinée à jouer à l'égard de la réforme projetée le rôle de question préjudicielle. Est-il réellement possible de diagnostiquer avec certitude la folie incurable? Il ne m'appartient pas de m'arrêter à ce problème; j'estime simplement qu'il ne suffirait pas, dans la circonstance, qu'il fût scientifiquement résolu par l'affirmative. Si jamais la réforme projetée se réalisait, il faudrait préalablement organiser une manifestation scientifique, réunir en un Congrès tout ce que la France possède de spécialistes en matière de psychiatrie, en vue de proclamer résolu un problème qui hante forcément tous les profanes de la médecine.

Cette première question tranchée, je serais disposé à distinguer suivant que la folie incurable aurait pour origine les excès du malade ou serait purement accidentelle. S'il était possible de discerner ces deux sources de la folie, j'admettrais volontiers la folie fautive comme cause de divorce, car j'estime que le malade, en se mariant, a rétroactivement engagé sa responsabilité envers son conjoint; celui-ci ne doit pas plus être obligé de supporter les conséquences irréparables des fautes extérieures à l'union que des fautes postérieures.

Mais doit-on accepter la même solution pour l'hypothèse de folie incurable accidentelle? C'est ce point qui prête plus particulièrement à discussion.

Voici les considérations d'ordre à la fois juridique et social qui me font, ainsi que je l'ai dit dès le début, pencher pour la négative.

Me plaçant tout d'abord au point de vue de la pure technique législative, j'estime que la réforme projetée serait regrettable, parce qu'elle porterait atteinte au fondement actuel du divorce d'une manière indirecte, sans que la question fût discutée avec toute l'ampleur qu'elle

(1) Voir numéro du 1er mars de la *Gazette médicale de Paris* contenant la Proposition de loi de M. Maurice Viollette, député, ainsi que les numéros suivants concernant le début de notre enquête et les réponses reçues.

(1) Je fais allusion à des exemples que j'ai vus.
(2) Mais cependant encore très discutables.

(1) Et on rendrait plus facile la tâche des experts et des magistrats.

mérite. Le divorce est, en droit français, la sanction des devoirs qui découlent du mariage; placer la folie accidentelle au nombre de ses causes aboutit, au contraire, à faire de la maladie de l'un des époux une cause de dissolution du mariage. Une transformation aussi grave dans notre droit de famille ne mérite-t-elle pas d'être posée « par voie principale » devant les Chambres?

J'estime, d'autre part, que la réforme proposée est illogique et injuste. Qu'on le veuille ou non, l'incurabilité due à la folie ne peut pas et ne doit pas être distinguée de l'incurabilité due à toute autre cause. Le malade, qui se voit mal et qui a derrière lui de longues et cruelles années de souffrances, est pour son conjoint une cause de torture au moins aussi grande que le fou; qu'on suppose ce malade placé dans un hôpital et la similitude entre ces deux types d'incurables sera complète. De plus, distinguer entre eux pourrait aboutir à une injustice des plus criantes. Il suffit de songer, pour s'en rendre compte, que la folie peut être due à l'excès de travail et toute autre incurabilité à des écarts de conduite peu honorables; l'inverse est d'ailleurs aussi exact.

Admettrait-on, au surplus, l'incurabilité en général, comme cause de divorce, que j'y serais opposé parce que ce serait abaisser le mariage au rang d'une union purement physique et passagère. Le jour où, en effet, un affaiblissement physique se traduisant par la folie ou autrement, causerait la rupture du mariage, on ne serait pas loin, qu'on le veuille ou non, de la conception du mariage, telle qu'elle est définie par la célèbre et antique maxime reproduite par Loysel: « Boire, manger, concher en semble, c'est mariage, ce me semble ». Or, est-ce une conception conforme à la dignité humaine et en rapport avec la civilisation?

J'ajoute enfin que la réforme aurait une répercussion des plus fâcheuses sur la famille, en général. Quelle serait la situation des enfants à l'égard de celui de leurs auteurs qui demanderait pour cause de folie le divorce contre l'autre, au lieu de le soigner? La rupture entre ce demandeur et les enfants ne serait-elle pas moralement aussi profonde qu'entre les deux conjoints? Ce résultat est-il souhaitable?

De toute façon, si la réforme se réalisait un jour, des précautions analogues à celles qui entouraient le divorce par consentement mutuel de 1804 s'imposeraient; notamment le demandeur devrait préalablement justifier qu'il a assuré pour l'avenir à son conjoint malade le traitement et les soins appropriés; d'autre part, en ce qui concerne les enfants, le rétablissement plus ou moins complet de l'art. 305 abrogé du Code Civil deviendrait dans la circonstance une véritable nécessité.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur, l'assurance de mes sentiments les plus distingués.

Julien Bonnecase.
Professeur agrégé à la Faculté de Droit de l'Université de Grenoble.

(*A suivre.*)

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Traitement du délire alcoolique aigu à domicile, par le Dr Nordman. (*Loire médic.*).

1° *Calmer le malade par le repos au lit.* — Repousser tout moyen de force (camisole, draps, cordes dont on use si facilement, qui augmentent le délire et l'agitation). Inviter le malade à rester couché, le persuader de l'inanité de ses hallucinations. S'il refuse absolument, s'il quitte violemment son lit, le mettre hors d'état de nuire.

2° Pour cela, le mettre dans une chambre bien aérée et bien éclairée même la nuit (pour empêcher et diminuer les hallucinations) sans lit, mais avec des matelas poussés contre les murs, de façon à ce qu'il ne puisse se faire mal. Lui causer doucement et l'amener à rester étendu sur un matelas entouré d'autres matelas, protégeant les murs. Alors, une ou deux personnes suffisent également à le maintenir.

3° *Protéger le malade contre le froid.* — On sait, en effet, avec quelle facilité ces malades font de la pneumonie. S'ils se déshabillent, mettre le maillot de Magnan qui les protège et facilite le maintien.

4° *Désintoxiquer le malade.* — Le faire boire souvent, lui donner des lavements froids si possible, ou plutôt faire à la manière de Quénu de larges doses de sérum artificiel (500 cc. par jour). Si la langue est sale, donner laxatif ou lavement évacuateur.

5° *Dans les formes fébriles*, le bain tiède ou froid donne de bons résultats.

6° Il est bon souvent de calmer l'agitation par quelques remèdes, et à ce sujet rien ne vaut le chloral, que l'on donnera à doses massives de 2-3 grammes à la fois. L'opium congestionne le cerveau, il est dangereux. La scopolamine ne donne pas de résultats.

Enfin, il sera bon surtout de soutenir le cœur par la digitale, l'état général par de la strychnine.

7° *Le malade guéri*, il faudra le sortir quelque temps de son milieu habituel, et entreprendre la cure morale.

REVUE D'HYDROLOGIE

L'Hydrologie, son enseignement complet indispensable, son avenir, par F. Garrigou, professeur d'hydrologie à la Faculté de Toulouse. (*Æsculape.*)

Depuis cinquante-deux ans, cette année, après huit années de préparation spéciale, je m'occupe d'hydrologie théorique et appliquée; depuis vingt ans je professe ce que j'ai pu apprendre sur cette science, avec des maîtres dont les leçons sont restées gravées dans ma mémoire, et par moi-même, soit comme géologue, soit au laboratoire, soit au milieu d'une clientèle suivie de 1860 à 1897, à Ax ainsi qu'à Luchon, et de 1897 à 1910 dans mon cabinet de consultation.

Je ne crois donc pas, à mon âge, déroger aux convenances confraternelles, en me permettant de parler ici en hydrologue ayant acquis quelque droit à traiter avec connaissance de cause ce qui regarde l'enseignement de l'hydrologie.

Peut-être pourrais-je être de quelque utilité au débat soulevé à la Faculté de Médecine de Paris, au sujet de la création de la chaire d'hydrologie.

En 1746, Théophile Bordeu réclama vainement la création de cet enseignement à la Faculté de Médecine de la capitale. Il prêcha dans le désert, et ses raisons restèrent sans appui jusqu'au milieu du siècle dernier.

En 1852, Durand-Fardel (Max.), en créant le *Dictionnaire des Eaux Minérales*, et en ouvrant son cours d'hydrologie à l'Ecole pratique, commença à fournir une première démonstration de l'utilité de l'enseignement de la science des eaux minérales, que le Dr Pierre Bouloumié compléta plus tard en ouvrant un second cours libre d'hydrologie. Le prix Wulfranc Gerdy vint à son tour encourager les jeunes internes à ne pas considérer les études sur les eaux minérales comme un accessoire inutile à l'éducation des médecins.

En 1879, un méridional, presqu'un Toulousain, qui fut la gloire de la presse médicale, le Dr Amédée Latour, membre de l'Académie de Médecine, dans un remarquable travail sur les Facultés de Médecine nouvellement décrétées, et en particulier sur celle de Toulouse, déclarait que cette dernière devait se distinguer de toutes les autres, vu sa situation géographique, par l'enseignement de l'hydrologie. Le professeur Gavarret, inspecteur général des Facultés, appuya vigoureusement son opinion.

Leur intervention éveilla l'attention du ministère.

Dans un autre rapport, le Dr Albert Robin disait :

« L'enseignement de l'hydrologie sera encore mieux placé à Toulouse qu'à Paris, car on est là, comme l'avait également écrit Amédée Latour, entre l'Auvergne et les Pyrénées, c'est-à-dire au centre d'une région où l'étude des applications peut immédiatement suivre les études théoriques. »

Néanmoins, rien ne fut fait encore, et le Dr Albert Robin, aujourd'hui l'éminent professeur de thérapeutique expérimentale à la Faculté de Médecine de Paris, était obligé dans son rapport à l'Académie de Médecine sur les eaux minérales, de faire, en 1890, de pénibles constatations :

« Nos étudiants, disait-il, sortent de l'Ecole absolument ignorants des choses de l'hydrologie; ils ne savent que ce qu'ils ont pu retenir quand leur chef de service a éventuellement parlé de traitement hydro-minéral dans une leçon clinique. C'est là une situation fâcheuse à tous égards. »

M. le professeur Armand Gautier, de l'Institut, dont on connaît la compétence en eaux minérales, écrivait également :

« La Faculté de Toulouse devrait avoir une spécialité, l'enseignement de l'hydrologie, de même que l'étude des maladies provoquées dans les ateliers tinctoriaux devrait être la spécialité de la Faculté de Lyon, l'étude des affections propres aux Colonies, celle de la Faculté de Montpellier, tandis que la Faculté de Bordeaux devrait prendre comme marque distinctive l'Ecole de Médecine navale et l'étude des maladies étrangères à l'Europe. »

Les savants les plus compétents étaient donc d'accord pour désigner Toulouse comme la ville la mieux située pour devenir un centre hydrologique.

En 1891, grâce à l'influence du Dr A. Robin, à la bonne volonté du préfet Cohn, et du Conseil général qui vota la subvention nécessaire, l'enseignement de l'hydrologie à la Faculté de Médecine fut créé par M. le Ministre de l'Instruction publique et me fut confié.

J'établis immédiatement les grandes divisions du cours, telles que mes études précédentes me les avaient fait arrêter.

Puisque mon enseignement est le seul qu'il y ait eu jusqu'à présent en France, comme enseignement complet, et puisqu'il a servi de base à celui de quelques autres pays, je dois insister sur les grandes divisions que je donnai à mon cours :

1° L'enseignement général et spécial;
2° Le travail de laboratoire;
3° Les applications sur le terrain.

Examinons chaque portion de cet ensemble.

Indiquons avant tout, quel est le but de l'hydrologie :

Elle a pour but l'étude de l'eau et de son emploi en médecine et en hygiène.

L'eau nous arrive soit de l'atmosphère, sous forme de brouillard, de pluie, de neige ou de grêle, et dans ce cas elle est toujours froide, soit du sein de la terre, sous forme de source froide ou chaude, ou bien sous forme de jet de vapeur. Toutes ces eaux sont minérales à un degré plus ou moins élevé, c'est-à-dire qu'elles contiennent des composés organiques et minéraux. Il en est cependant quelques-unes dont la pauvreté en principes fixes et solides peut les faire considérer presque comme de l'eau distillée. Les eaux de neige ou de pluie que l'on serait porté à regarder comme des eaux absolument pures, sont au contraire des eaux renfermant des composés riches ou autres.

Il faut diviser, dès ce moment, les eaux en

potables et en *médicinales*, supprimant la locution vulgaire d'eaux *minérales*, car elle exprime un caractère commun à toutes les eaux.

Les eaux *potables* sont celles qui présentent certaines propriétés permettant de les utiliser pour l'alimentation des populations et pour les besoins culinaires.

Les eaux *médicinales* sont celles auxquelles on a reconnu le pouvoir de modifier l'organisme et de déterminer soit des crises éliminatrices, soit des mouvements réparateurs d'endosmose et d'exosmose, et dont on utilise la température soit froide, soit chaude, pour obtenir des modifications profondes dans la vitalité du système nerveux, de l'appareil circulatoire, des divers organes et des muscles.

Il est facile de pressentir déjà la multiplicité des travaux qu'il est nécessaire d'entreprendre pour procéder à l'étude et à l'enseignement de la science des eaux médicinales, et de deviner la complication de cet enseignement.

Ainsi que le disait, il y a nombre d'années, à la tribune de l'Académie de Médecine, le célèbre et regretté Pidoux, l'un des maîtres en hydrologie, alors que mes recherches à Eaux-Bonnes, avec mon ami l'ingénieur Louis Martin, l'occupaient et l'intéressaient au plus haut point :

« L'étude des eaux médicinales, surtout si on la veut complète, approfondie, se rattache à la géogologie, à la physique, à la chimie, à la médecine. »

Quelle profondeur de pensée, pour un homme qui n'avait fait toute sa vie que de la médecine pratique, mais qui avait si bien compris la portée des résultats de nos travaux avec Louis Martin, auxquels il nous avait fait souvent l'honneur d'assister. Pour nous, la géologie, la physique du globe, la zoologie, la chimie, la physique, la médecine, l'hygiène, l'architecture, l'économie politique, la philosophie, doivent prêter leur concours au médecin hydrologue.

La géologie, qui comporte des notions d'astronomie, permet de supposer comment s'est formée l'eau, ce qu'elle est devenue lorsque, déposée à la surface du globe, elle a pu circuler dans ses profondeurs. Elle fournit les moyens de rechercher les sources et de les capter.

La physique générale du globe montre les liens qui existent entre les eaux, l'électricité, la radioactivité, la chaleur, la formation des gaz, etc., etc.

La zoogénie et la zoologie indiquent comment a pu se produire la cellule primitive au sein des mers qui venaient de se former, et comment elle a pu progresser. Les expériences de Le Duc, et la plasmogénèse du Dr Jules Félix, offrent à ce sujet le plus haut intérêt.

L'étude physique de l'eau, touche aux questions d'hydrostatique terrestre, si utiles à connaître au point de vue du captage et de l'aménagement des sources. Elle permet d'étudier, pour chaque source, l'électricité, la radioactivité, la résistivité, la conductivité, l'ionisation des sels, des sources, etc.

Grâce à la chimie, nous pouvons aborder les plus difficiles problèmes de la composition de l'eau médicinale, qu'il faut connaître dans ses plus minuscules détails, si l'on veut savoir appliquer rationnellement cette potion si complexe et si active, que la pharmacopée de la nature met à notre disposition, pour combattre la maladie chronique, sous les mille formes qu'elle est capable de prendre.

Nous savons déjà que dans une eau médicinale, il y a un mélange de matières organiques cristallisables et colloïdales, que des quantités de métaux y entrent comme composés colloïdaux, comme simples ions, ou comme composés salins non encore dissociés, que ces métaux ont un dynamisme qui va en s'affaiblissant à mesure qu'ils vieillissent une fois arrivés au jour.

Mais, que de problèmes restent encore à résoudre pour démêler la complication de la médication hydrothermale, que l'on a eu tant de peine à commencer à soustraire aux mains des empiriques et des sorciers, et dont le premier pas dans la voie de la science est fait irrévocablement, grâce à nombre de travailleurs dont on doit respecter le dévouement, et qui ont préparé par leur savoir la seule et sûre voie qu'on a à suivre pour l'avenir, celle de la recherche la plus sérieuse et la plus scrupuleuse des ingrédients des eaux médicinales.

La clinique thermale est la condensation et le classement des observations recueillies par tous les médecins d'une même station, et doit constituer une synthèse d'une importance considérable, pour arriver à connaître la dominante thérapeutique d'une même station, et les cas variés dans lesquels telle ou telle source peut rendre des services thérapeutiques vraiment sérieux.

La chimie et la clinique doivent marcher de pair et se prêter un mutuel appui. Elles sont inséparables l'une de l'autre.

Au point de vue de l'hygiène, tout est à faire, en général, dans les centres thermaux de notre pays.

L'architecture des établissements thermaux, en fait de distribution intérieure des moyens balnéaires, ne peut être correcte si le médecin hydrologue n'est pas l'aide de l'architecte, car ce dernier, ne connaissant pas la manière d'appliquer les eaux, peut mettre un service de bains, de douches, de vapeurs, etc., dans un ordre fautif, ainsi que cela arrive très souvent. Le médecin hydrologue est là pour rectifier.

Enfin, ce même médecin peut donner des conseils au point de vue de l'économie politique d'une station, car il tient en main les exigences journalières des baigneurs, et doit avoir ainsi la possibilité de diriger leurs besoins, leur régime, leur choix d'habitation ; les malades qui lui sont confiés doivent être l'objet de toutes ses préoccupations, témoin les tables de régime et les distractions les plus aptes à seconder le traitement de ses malades.

Que de choses doit donc connaître le médecin hydrologue, s'il veut remplir utilement et consciencieusement le rôle qui lui est dévolu comme praticien spécial.

Où donc celui qui se destine à la médecine thermale peut-il, aujourd'hui, puiser son instruction préalable pour aborder les applications de l'hydrologie d'une manière utile pour la science, pour les malades, pour l'honneur du pays ?

Toulouse est la seule ville, on l'a répété de bien des côtés, où l'hydrologie se professe d'après le plan que je viens de développer. Mais je ne saurais m'abuser sur les services que peut rendre un enseignement ainsi limité. Aussi, chaque fois que j'en ai eu l'occasion, j'ai demandé qu'on étende cet enseignement dans le plus grand nombre de Facultés possible, à Paris surtout, où un homme s'imposera quelque jour pour le prendre en main et le développera plus encore que je ne l'ai fait, pour Toulouse.

L'âge est là me rivant au sol, et mettant un frein à l'ardeur que mon amour de cette science si étendue, si attachante par les envolées philosophiques qu'elle suscite, peut faire naître encore chez un chercheur qui ne réclame plus qu'un calme relatif.

Il faut donc que cet enseignement des eaux minérales soit créé à Paris. Il est même extraordinaire que notre principale Faculté n'ait pas depuis longtemps senti que cette création était nécessaire, car loin d'innover, la France se trouve en retard sur presque toutes les nations civilisées. Les Etats-Unis donnent une importance scientifique considérable à cette matière dans leur enseignement supérieur et ils ont su accumuler sur leurs eaux minérales une littérature de grande valeur. Les Allemands et les Autrichiens possèdent cet enseignement dans leurs grandes Universités et lui ont donné une des premières places ; incessamment, l'Institut de Francfort fournira à l'Allemagne un admirable instrument qui augmentera encore l'importance économique de ses riches stations. En Italie, en Espagne, même dans la petite Belgique, il existe des professeurs d'hydrologie et je n'ai pas besoin de rappeler la haute valeur du professeur Félix, de Bruxelles. J'ai appris qu'on parle de créer une chaire d'hydrologie en Bulgarie et la Russie elle-même en possèdera bientôt une. Faudra-t-il donc que la France vienne la dernière ?

Cette situation serait véritablement honteuse pour un pays qui non seulement possède un domaine admirable de stations balnéaires, thermales ou climatiques, mais encore a contribué aux plus belles découvertes relatives aux eaux minérales. C'est chez nous que l'on a vu, depuis le XXe siècle, les Curie découvrir le radium ; Armand Gautier publier ses belles recherches sur l'origine des eaux minérales ; Moureu, trouver les gaz rares dans nos sources, sans compter les initiatives fécondes de Landouzy, d'Albert Robin et les productions si originales et si nouvelles de Bardet. Faudra-t-il donc que nous restions toujours à un rang inférieur, parce que l'ensemble des professeurs de Paris, sans doute trop absorbés par leurs travaux personnels, n'ont pas cru utile de s'adjoindre un professeur et un enseignement d'hydrologie, ayant à sa disposition tout ce qui est nécessaire pour rendre populaire la science des eaux minérales ? Et cependant, c'est à Paris, qui possède une affluence énorme d'étudiants étrangers, qu'on a le plus de chance de provoquer un grand mouvement en faveur d'une science qui peut rendre les plus grands services aux malades et, en même temps, à toutes les stations dont la prospérité intéresse une population considérable.

Il serait absolument fâcheux de se contenter, comme on l'a fait jusqu'ici, de conférences restreintes, faites par des jeunes gens qui ne connaissent pas la question, dans laquelle les notions d'ensemble et même de détails manquent forcément, où les indications pratiques personnelles ne peuvent exister et ne peuvent être que la répétition de ce qui a été écrit depuis des années, avec des erreurs que l'on vulgarise inconsciemment. Tous les hydrologues ont pu lire la rédaction de quelques-unes de ces conférences, et ils sont unanimes à constater qu'il vaut mieux ne rien faire que de se contenter de ce semblant d'enseignement qui ne peut avoir aucune utilité et qui peut même nuire.

Il est donc impossible que la Faculté de Médecine refuse de se rendre enfin aux réclamations si nombreuses qu'elle n'a pas voulu écouter jusqu'ici ; elle se doit à elle-même d'ouvrir ses portes à un enseignement que les Chambres réclament avec raison pour faire valoir des richesses nationales qui restent inutilisées, tandis que les peuples étrangers nous les envient et qu'une armée de médecins de grande valeur est prête à développer localement, à la condition qu'on leur fournisse un plan d'étude et qu'on leur donne, pour les guider, un chef en possession d'une valeur hydrologique considérable.

REVUE DU LABORATOIRE

La valeur du réactif de Meyer dans la recherche du sang, par M. A. Sartory.

Tout le monde sait que l'on utilise couramment dans les laboratoires, pour la recherche du sang en biologie ou en médecine légale, le réactif de Meyer (phénolphtaléine réduite par

le zinc) dont la sensibilité très grande est basée sur une réaction peroxydasique. En présence de ce réactif et d'eau oxygénée un liquide contenant dn sang prend rapidement une coloration rose, puis rose rouge, puis rouge.

M. A. Sartory, qui avait déjà démontré que certains réactifs employés jusqu'ici pour caractériser les oxydases directes et indireectes ne possédaient pas le degré de spécificité qu'on doit attendre d'un réactif sur lequel se base une détermination d'espèce, vient de reconnaître également que le réactif de Meyer est tout anssi peu sûr.

Bien mieux, en utilisant ce réactif, il a pu réussir à obtenir les réactions du sang avec des solutions de bicarbonate de sonde. de potasse de l'ean de Vichy, de l'ean du Breuil (Puy-de-Dôme), de l'eau de Châtel-Guyon, etc., etc., et même avec de l'*eau de Seltz commercial* !

Le résultat est identique quand on se place dans les conditions ordinaires de recherches de *taches de sang sur des tissus*.

Des morceaux de toile imbibés d'eau de Seltz commerciale, d'eau bicarbonatee du Breuil ou d'une simple solution de bicarbonate de potasse ou de soude séchés au soleil et repris par quelques gonttes d'eau distillée ahandonnent en effet une quantité suffisante de sel pour produire la réaction type du sang avec le réactif de Meyer et l'eau oxygénée.

Des essais analogues poursuivis avec des liquides de l'organisme tels que le suc gastrique ou des urines. où l'examen spectroscopique et l'examen microscopique n'ont pu déceler de sang, ont abonti encore à des réactions positives par l'emploi du réactif de Meyer et de l'eau oxygénée, etc.

De ces recherches de M. Sartory il ressort donc que le réactif de Meyer ne saurait dorénavant être considéré comme un réactif spécifique ou infaillible du sang, que son emploi en biologie, en clinique et en médecine légale ne doit par suite intervenir que pour corrohorer d'autres réactions et qu'il serait, tout au moins, *imprudent* de conclure à la présence du sang sur une réaction que sa sensibilité à d'antres agents doit rendre suspecte à l'expert.

REVUE D'OPHTALMOLOGIE

Le Traitement du Chalazion, par M. J. Boulai, de Rennes, (*Rennes médical*).

Bien que l'un soit infiniment supérieur à l'autre à tous les points de vue, il faut distinguer et admettre deux traitements du chalazion, l'un médical, l'autre chirurgical.

1° *Le Traitement Médical* ou résolutif, est à employer en cas de chalazion peu volumineux, lorsque la tumeur est invisihle du côté conjonctival, quand le malade refuse l'intervention chirurgicale ou qu'il y a eu ouverture spontanée.

Il ne doit pas être prescrit en cas d'inflammation notable des paupières, quand la tumeur est surtout saillante en dedans, quand elle est enflammée et, cela va sans dire, si elle est volumineuse.

On a employé jadis le nitrate d'argent qui a donné de bons résultats, mais est d'un emploi sale.

On prescrit plus volontiers maintenant :

Iodure de plomh	0 gr. 25
Axonge	4 gr.
Campbre	0 gr. 25

en onctions-massages le soir, sur la paupière, pendant 4 on 5 minntes.

Certains auteurs prétendent que cette pommade, comme la suivante, comme toutes les autres, agit plus par le massage que nécessite son application que par sa composition elle-même ? Quoiqu'il en soit toutes peuvent donner d'appréciables et réels résultats.

Iode pur	0 gr. 20
KI	0 gr. 60
Lanoline	4 gr.
Vaseline liquide / Eau distillée	} 0 gr. 80

même emploi.

Si, an bout de quelques semaines on n'obtient aucune amélioration, s'il survient de l'inflammation, ce qui arrive très sonvent, il faut immédiatement en venir an traitement chirurgical, à tout point de vue le meilleur.

2° *Le Traitement Chirurgical.*

Il n'en est qu'un, l'incision au conteau et le curettage soigneux de la poche, suivi ou non, d'un attouchement an chlorure de zinc ou à quelqu'autre topique analogue, à dose faible.

Nous l'avons vu (il est peut-être hon d'y revenir), sous aucun prétexte il ne fant employer de caustique chimique pas plus que le thermo, voire le galvano-cautère. Ce sont des procédés bien plns douloureux et ce qui est pis, qui donnent un mauvais résultat par suite de la cicatrice défectueuse qui résulte de leur emploi. Or, tout notre soin doit porter sur le choix du moyen chirurgical qui, à efficacité égale, donne une cicatrice moindre.

Si le chalazion est sous-peaucier on pratiquera son extraction par la face externe de la paupière : application de la pince de Desmarres plus ou moins modifiée, *incision parallèle au bord libre de la paupière* pour *qu'elle soit invisible et elle doit l'être toujours*, dissection de la poche ou curettage (ce dernier plus rapide et tout aussi efficace), suture suffisamment mais pas trop serrée. On découdra de honne heure; la suture reprend très rapidement.

Le chalazion est-il plutôt saillant ou même seulement perceptible par la face conjonctivale, on doit par cette voie procéder à son curettage. Après renversement de la paupière avec la pince de Desmarres : incision profonde du premier coup et curettage suivi ou non d'un attouchement de la poche avec une solution de chlorure de zinc contre laquelle l'œil devra être absolument protegé. Pas de suture mais lavages fréquents de l'œil dès le soir même, pas de pansements, suspension insignifiante des occupations, cicatrice totalement et immédiatement invisible.

Cette méthode opératoire nous semble, et de heaucoup, la meilleure et il y aurait lieu, semhle-t-il, de l'employer à peu près exclusivement toutes les fois en tout cas qu'elle n'est pas impossible.

Si le chalazion est situé sur le hord libre il faut en pratiquer l'incision d'abord; ensuite, avec un couteau de Graefe décoller en quelque sorte la peau du tarse jusqu'au fond de la poche, curetter avec une curette très fine, toucher au chlorure de zinc, faire un lavage à l'eau bouillie, puis appliquer un pansement compressif. Un peu compliquée en apparence. cette intervention est en réalité, simple et rapide : et puis, enfin, elle met seule à l'ahri certain, de toute récidive.

Restent les chalazions hourgeonnants de la paroi palpébrale interne. Ils sont justiciables, à la rigueur, d'une cautérisation ignée dans leur partie saillante; mais celle-ci doit s'arrêter expressément au nivean de la muqueuse La poche et les fongosites qui la remplissent doivent être enlevées à la curette.

Le plus grand soin sera apporté à cette petite intervention et ce soin deviendra de la minntie lorsque le chalazion est situé tout à fait dans l'angle interne de l'œil, et tont particulièrement, à la paupière inférieure. Le voisinage des voies lacrymales exige une grande prudence et une complète sûreté de main. La pince de Desmarres, elle-même, qui facilite et simplifie notablement l'intervention sera appliquée avec un très grand soin. Il n'est pas prouvé, en effet, qu'elle n'ait pas suffi à elle seule, à provoquer dans certains cas, des lésions sérieuses dn côté des voies lacrymales.

Celles-ci, cependant, prennent une part infiniment plns grande qu'on ne croit au bon fonctionnement de l'œil, part que l'on oublie ou que l'on méprise trop souvent. Il est bon de se le rappeler et d'agir avec toute la prudence désirable.

Se rappeler également que l'anesthésie est toujours incomplète, l'intervention toujours doulonreuse, par suite, opérer rapidement.

CARNET DU PRATICIEN

Formules de l'hôpital Saint-Louis

Nous reproduisons ici un certain nombre de formules couramment employées dans le traitement des maladies de la pean à l'hôpital Saint-Louis, formules qui nous sont fréquemment demandées par nos confrères :

Pommades (*Excipient* : Vaseline)

Au turbith	65 0/00
A l'oxyde de zinc	50 —
Au calomel	20 —
A l'iodure de potassium	100 —
Soufrée	65 —
Boriquée	50 —
Iodée	20 —

Solution antiseptique non toxique

Borate de soude	11 grammes
Acide borique	5 —
Acide salicylique	5 —
Eau saturée d'essence de thym	1.000 —

(L. Portes.)

Poudre antiseptique

Iodoforme pulvérisé	1.000 grammes
Benjoin pulvérisé	1.000 —
Quinquina pulvérisé	1.000 —
Carbonate de magnésie	1.000 —
Essence d'eucalyptus	120 —

(Lucas-Championnière.)

Lotion parasiticide

Alcool camphré	4.200 grammes
Glycérine	1.000 —
Essence de térébenthine	800 —
Sublimé	6 —

(Hallopeau.)

Solution excitante

	N° 1	N° 2
Alcool camphré	100 gr.	100 gr.
Essence de térébenthine.	15 —	25 —
Ammoniaque	5 —	15 —

(Lailler.)

Traumaticine à l'acide chrysophanique

Chloroforme	90 grammes
Gutta-percha	10 —
Acide chrysophanique	10 —

(Lailler.)

Sirop mixte

Biiodure de mercure	1 gramme
Iodure de potassium	100 —
Sirop de sucre	2.400 —

(Tenneson.)

Sirop astringent biioduré

Biiodure de mercure	0 gr. 36
Iodure de potassium	36 grammes
Sirop iodotannique	1.200 —

Lotion soufrée

Soufre précipité	50 grammes
Alcool camphré	120 —
Eau	880 —

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 17.500 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 35, rue J.-J. Rousseau

Le Gérant : Docteur Lucien Graux.

ÉCHOS

Association générale de Prévoyance et de Secours mutuels des Médecins de France.

M. le Dr Lande (L.), professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Bordeaux, Membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique, Commandeur de la Légion d'honneur, Médaille d'or de la Mutualité, vient d'être proclamé Président de l'Association générale de Prévoyance et de Secours mutuels des Médecins de France pour une période de cinq ans, à compter du 18 juin 1911.

Au Conseil supérieur de l'instruction publique.

M. le professeur Roger vient de présenter au conseil un projet de décret déterminant les règles applicables au recrutement, à l'avancement et à la discipline du personnel auxiliaire des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie.

Le personnel dont s'occupe le projet comprend les chefs de travaux pratiques et les chefs de laboratoire de recherches, les chefs de laboratoire de clinique, les chefs de travaux anatomiques, les préparateurs, les chefs de clinique, les prosecteurs, les aides d'anatomie.

La réforme divise les chefs de travaux et les chefs de laboratoire en deux classes distinctes. Les uns, qui porteront le titre de chefs de travaux, auront pour fonction soit de diriger les travaux pratiques destinés aux élèves, soit de diriger les travaux poursuivis dans les laboratoires de recherches. Les autres seront chargés de diriger les laboratoires annexés aux services de clinique.

Cette division a été étendu aux préparateurs, qui seront également classés en deux catégories : les préparateurs de travaux (travaux pratiques et laboratoires de recherches), les préparateurs de laboratoire de clinique. A ces derniers seront assimilés les préparateurs des cours.

Le projet ne touche pas à l'organisation actuelle des chefs de clinique et de l'enseignement de l'anatomie.

Toujours en ce qui concerne l'enseignement supérieur, le conseil supérieur a à se prononcer sur la limite extrême de délivrance du diplôme de pharmacien de 2e classe, supprimé par la loi du 19 avril 1908 et par le décret du 26 juillet 1909. Un projet propose la date du 1er novembre 1917.

La Caisse des recherches scientifiques.

Le conseil d'administration de la Caisse des recherches scientifiques a dans sa dernière séance arrêté la répartition des subventions attribuées par les sections de la commission technique. de cette caisse à un certain nombre de savants.

Voici les noms de quelques-uns des bénéficiaires avec l'indication des recherches qu'ils se proposent d'entreprendre :

MM Fernand Arloing, de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, recherches sur la vaccination antituberculeuse; Cluzet, de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, recherches sur la radiographie instantanée; Dupaigne, à Cannes. recherches sur les déchets des corps organisés; E. Gaucher, de la Faculté de médecine de Paris; recherches sur le cancer cutané et son traitement; Guégueu, de l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, étude des agents de mycoses européennes ou exotiques; Hutinel, de la Faculté de médecine de Paris, recherches sur la physiologie et la pathologie du cœur, des vaisseaux et des reins chez l'enfant; Jousset, de la Faculté de médecine de Paris, recherches sur la vaccination et le traitement de la tuberculose; Lemierre et Abrami, anciens internes des hôpitaux de Paris, recherches sur le traitement des infections biliaires de l'homme; Lemoine, médecin en chef du Val-de-Grâce, études des albuminuries et de l'action sur le rein des aliments albumineux; Marchal, professeur à l'Institut agronomique, recherches pour combattre les insectes nuisibles; Renon, de la Faculté de médecine de Paris, recherches sur le traitement chimique de la tuberculose; Weill, de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, recherches sur la lactation et l'alimentation des nouveau-nés; Jules Courmont, de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, étude relative à l'unification des méthodes d'analyse bactériologique des eaux; Müntz, membre de l'Institut, recherches sur l'épuration biologique des eaux résiduaires des grandes industries; Trouard-Riolle, directeur de l École d'agriculture de Grignon, recherches sur l'épuration biologique des eaux des petites agglomérations.

Prix Zambaco-Pacha

M. Zambaco-Pacha, dont on connait la générosité et la délicate sollicitude pour ses jeunes collègues de l'internat, vient de fonder en faveur des internes en exercice un nouveau prix annuel. Suivant le programme tracé par lui, ce prix sera décerné « à l'interne en médecine ou en chirurgie des hôpitaux de Paris qui, pendant l'année, aura donné des preuves de courage le cas échéant, ou de compassion et de douceur envers les pauvres malades qu'il aura eu à soigner ».

Le prix, consistant en une médaille d'or, sera attribué par le vote de tous les internes en exercice, sur le rapport d'une commission de 10 membres tirés au sort parmi les internes de quatrième année.

Il sera remis au cours de l'assemblée générale de l'Association amicale des internes et anciens internes des hôpitaux.

Le prix Zambaco-Pacha sera décerné pour la première fois en 1912.

Don à l'Académie de Médecine.

La galerie de l'Académie de Médecine vient de s'enrichir d'un très beau buste du professeur Brissaud.

Il est signé par un confrère du regretté savant : le Dr Paulin.

Déjà l'Académie de Médecine avait un buste de Bouchardat par le Dr Worms, maintes autres pièces de sculpture par le Dr Richer, membre de l'Académie des Beaux-Arts, et une admirable effigie de Tarnier, que l'on peut voir dans son vestibule d'honneur, et qui a été exécutée par le Dr Ribemont-Dessaigne.

L'assistance aux tuberculeux

Sur la proposition de M. H. Galli, le Conseil général de la Seine vient d'adopter une délibération invitant la troisième Commission à étudier et à présenter à la prochaine session, soit un projet de création de sanatorium départemental pour tuberculeux, soit l'augmentation du nombre des lits actuellement entretenus par le département au sanatorium de Chevilly-Larue et l'entretien de lits nouveaux au sanatorium de Bligny.

Les crédits nécessaires au fonctionnement de ces œuvres de solidarité seront assurés au moyen d'une subvention départementale et de fonds prélevés sur l'octroi de banlieue et sur la caisse du pari mutuel.

La manie de créer des mots nouveaux (ou néo-onomato-généséomanie).

La *Gazette des hopitaux de Toulouse* publie l'intéressante note que voici :

Le Dr Gunsbourg (d'Anvers) vient de créer le mot *Ergothérapie*.

On pourrait croire que ce mot signifie : thérapeutique par le travail, et les paresseux pourraient en prendre ombrage.

Il n'en est rien.

Thérapeutique par l'ergot (de seigle) ?

Pas davantage.

Thérapeutique des maladies de l'ergot (des gallinacés) ?

Encore moins.

Ergothérapie veut dire : Thérapeutique des accidents du travail.

N'ergotons pas davantage.

REVUE FINANCIÈRE

La liquidation de quinzaine s'est effectuée très aisément. Le taux moyen des reports n'a pas, en effet, dépassé 2,1/4 0/0.

Notre marché demeure assez morne, hésitant, voire lourd en certains compartiments. Le différend franco-allemand au sujet du Maroc, les agissements du Gouvernement espagnol ont entretenu un réel malaise et, comme la clientèle est très clairsemée et que les acheteurs observent une prudente circonspection, il est aisé de comprendre que les offres qui se sont présentées n'ont trouvé que quelques rares contre-parties

L'eminent économiste, M. Edmond Théry, vient de déterminer ainsi le total des fortunes privées en France : 287 milliards 282 millions de francs en 1908, contre 242 milliards 949 millions en 1892, soit une augmentation de 44 milliards 333 millions ou environ 2 milliards 770 millions de francs par année moyenne. Les statistiques officielles démontrent l'accroissement continu de la fortune et du revenu de la population française sous toutes leurs formes.

A.-S. Weil.

Quelques Valeurs intéressantes

Le désarroi causé récemment à la Bourse par les événements du Maroc a ramené un certain nombre de valeurs à des cours extrêmement attrayants, et quelques-uns de mes lecteurs m'ayant justement demandé conseil au sujet du placement de leurs disponibilités, je crois être utile à tous en passant ici en revue quelques titres particulièrement intéressants.

Ceux qui me lisent en connaissent, d'ailleurs, déjà quelques-uns; mais il me paraît pourtant opportun de résumer à nouveau en quelques lignes les caractéristiques principales de chaque valeur.

La *Caisse des Redevances* est une Société pétrolifère ayant pour objet la perception de redevances dites « pour cent bruts » en Galicie, contrée renommée pour la richesse de ses gisements pétrolifères. Cette Société en plein rendement, a pu, pour l'année 1910, distribuer à ses actionnaires un dividende total de 15 fr. 93 représentant un revenu d'environ 6 0/0, contre 5 fr. 87 en 1909. Ce revenu est fort satisfaisant si l'on considère la sécurité indéniable de cette entreprise. Les comptes de dividende qui sont payés *mensuellement* s'élèvent actuellement et depuis le début de la présente année à 1 fr. 50, et l'on voit à quel taux rémunérateur ressort ainsi ce placement, le titre s'inscrivant actuellement aux environs de 255 fr. et justifiant un cours de 300 francs.

L'*Oil Royalties Trust Ltd* procède exactement du même principe que la Société précédente, mais elle a l'avantage d'offrir au capitaliste des titres à nominal sensiblement moins élevé, puisque leur cours est actuellement de 35 francs pour les unités et de 32 fr. 25 pour les coupures. Je dois ajouter que la Société a mis en paiement un acompte *trimestriel* de dividende de 0 fr. 525, représentant un dividende annuel de 7 0/0 environ.

Puisque j'en suis au compartiment pétrolifère, je dois également vous signaler l'*Oil Trust of Galica*, société exploitante celle-là, qui vient de mettre en paiement un acompte trimestriel de dividende de 2 fr. 37; en deux mois et demi de fonctionnement elle a gagné plus de 1.550.000 francs et, tout en rémunérant largement ses actions, elle a pu porter aux réserves 825.000 francs. Ces résultats sont du meilleur augure pour l'avenir; aussi y a-t-il intérêt pour les capitalistes, à profiter du cours actuel des actions, ramené par suite des circonstances et aussi des manœuvres de vendeurs à découvert à 34 fr. 50 pour les coupures et 40 francs pour les unités.

Parmi les valeurs d'électricité, il y a lieu de signaler l'action *Secteur Electrique d'Asnières*, dont les perspectives d'avenir sont des plus favorables en raison du développement progressif et continu de la Ville d'Asnières, et des conditions rémunératrices dans lesquelles la Société revend son courant, après l'avoir acheté à des prix avantageux à la puissante Société *Le Triphasé*. L'action cote actuellement de 155 à 160 francs environ, cours susceptible d'une large plus-value, le Conseil envisageant, dès à présent, la possibilité de distribuer, pour cette première année, un dividende de 8 à 10 francs et les valeurs de même genre se capitalisant vers 4 0/0, ce qui devra amener logiquement le Secteur d'Asnières aux environs de 200 francs.

J'attirerai aussi votre attention sur les actions privilégiées des *Tramways Electriques et Chemins de fer des Basses-Pyrénées et Pays Basques*, dont le réseau, particulièrement bien situé dans le Sud-Ouest de la France et le Nord-Ouest de l'Espagne, paraît assuré d'un trafic rémunérateur. Ces actions sont productrices d'un dividende de 5 0/0 et, dès à présent, un dividende intérimaire de 4 0/0 a été prévu pendant les deux années estimées nécessaires pour l'achèvement des lignes. Ce dividende est acquis en fin d'exercice soit au 31 décembre prochain. Le cours actuel de ces actions est de 259 francs environ.

Il est également une valeur minière tout à fait intéressante; c'est l'action des *Mines du Val d'Anniviers* que nous pouvons procurer à nos lecteurs au prix très avantageux de 140 francs et qui sera introduite en octobre à la Bourse, au prix de 160 francs. Cette Société a pour but l'exploitation, en Suisse, de gisements miniers riches en bismuth. D'après les évaluations les plus modestes, on prévoit une production annuelle de 1.500.000 tonnes, qui permettrait de réaliser un bénéfice de 1.177.050 francs, en ne comptant que 300 jours de travail. Mais même si l'on réduit ce chiffre d'un tiers, pour tenir compte de tous les imprévus, il serait possible de répartir aux 10.000 actions, formant le capital : d'abord un dividende statutaire de 6 0/0, plus un solde de 35 fr. 20 par action, soit au total, 41 fr. 20.

On voit tout l'intérêt que présente cette entreprise qui, dès octobre prochain, entrera en plein rendement et permettra, par conséquent, la répartition immédiate des bénéfices aux actionnaires.

Voilà un groupe de valeurs qui me paraît des plus attrayants; je crois vous en avoir suffisamment exposé les raisons.

Il y a là pour les capitalistes avisés matière à des gains importants, en raison des plus-values à prévoir sur les cours actuels. Il faut remarquer, d'autre part, que la plupart de ces valeurs rémunèrent largement leurs capitaux et que les autres le feront dans un avenir très prochain. Ce sont là, à mon avis, des raisons suffisantes pour motiver la mise en portefeuille de ces titres.

A la Bourse, plus encore que partout ailleurs, ne l'oublions pas, c'est de la promptitude de la décision que dépend la réussite.

Je crois que les cours actuels sont tout à fait propices à l'achat, et j'ai tout lieu de penser que ceux qui suivront mes conseils en cette occasion n'auront pas à le regretter.

82e Année (Série XIIIe) — N° 105 Le Numéro : 25 Centimes Mercredi 2 Août 1911

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
9, Rue Denis-Poisson, PARIS
TÉLÉPHONE : 573-40

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale......... 15 fr.
Édition Espagnole .... 10 fr.
Édition Portugaise.... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

ÉCHOS

Un nouvel aliment : la levure de bière séchée

Quand le prix des vivres augmente au point où il en est aujourd'hui et notamment celui de la viande, il est utile d'apprendre que les industriels ont réussi à nous procurer un aliment nouveau à prix très bas et qui possède une vertu alimentaire triple de celle de la viande : il s'agit de la levure de bière séchée.

Jusqu'ici, on ne demandait à la levure de bière que des effets thérapeutiques.

En Allemagne, pays de buveurs de bière, les brasseurs produisent bon an mal an, près de 70.000 tonnes de levure. Rien de plus naturel qu'on s'y soit ingénié à en extraire des principes dont l'utilisation serait de diminuer les frais considérables des brasseurs.

MM. Vœlz et Baudsexel sont arrivés, en opérant à froid par un traitement au carbonate de sodium, précédant la dessication, à débarrasser la levure de l'amertume spéciale qui en empêche un emploi plus général. Desséchée ensuite, pourvu qu'on observe certaines précautions, elle peut être indéfiniment conservée.

La levure ainsi traitée apparaît à l'analyse comme contenant 6,9 0/0 d'eau et 53,4 0/0 de substances albuminoïdes, alors que la viande de bœuf, avec laquelle on l'a comparée, contient 72,5 0/0 d'eau et 21 0/0 d'albuminoïdes.

En outre, 100 grammes de levure séchée produisent 452 calories, tandis que le même poids de viande n'en produit que 137. Il s'ensuit qu'au point de vue purement énergétique un kilogramme de levure équivaut à 3 k. 300 de bœuf.

MM. Vœlz et Baudsexel ont nourri d'abord avec ce nouvel aliment des animaux domestiques qui s'en sont fort bien trouvés. Ils en ont donné ensuite à des hommes qui ont pu l'absorber sans qu'il en résultât pour eux le moindre inconvénient.

La levure de bière se trouve être le moins cher de tous les aliments azotés; ce n'est pas assez pour qu'elle devienne l'aliment à la mode; mais elle n'est pas désagréable et si elle doit apaiser la faim des pauvres gens, que lui demander de plus?

Les pièges à puces.

La destruction de la puce étant du domaine de l'hygiène en raison du rôle qu'elle joue dans la transmission des maladies, nous pouvons signaler ici un procédé de destruction qui n'est pas connu de tous et dont le *Bulletin des Sciences pharmacologiques* donne la description. Le piège à puces est en usage dans les provinces du sud de la Chine (Kouang-Toung, Kouang-Si et Yunnam). Ces pièges sont en vente sur les marchés publics chinois. Il y en a de différents modèles. Le plus connu consiste en deux disques percés à leur centre d'une ouverture dans laquelle on glisse un bâtonnet garni de glu, bâtonnet fixé par une clavette. Chaque disque est, en outre, parsemé de petits trous également répartis sur la circonférence et dans lesquels on assujettit une série de petites baguettes en osier ; les deux disques se trouvent ainsi reliés l'un à l'autre par cette série de baguettes à la façon des nasses employées pour pêcher le poisson dans nos rivières. On glisse l'appareil dans les lits ou dans les nattes ; des modèles plus petits sont introduits dans les vêtements. Les puces, en sautant, viennent se coller sur le bâtonnet central englué et quand il est « garni » on fait la cueillette par un simple grattage avec un couteau ou une petite spatule. C'est un passe-temps charmant et tout à fait familial dont l'existence a été révélée par le Dr Charazin-Wetzel, qui a fait don à la Société de médecine tropicale de quelques-uns de ces appareils... domestiques.

Manifestation internationale en l'honneur de sir Patrick Manson, F. R. S.

Les magnifiques progrès réalisés, depuis moins de vingt ans, dans la connaissance des maladies des pays chauds, sont dus, pour une très grande part, à sir Patrick Manson ou à son initiative. La création des écoles ou instituts de médecine tropicale, ces foyers si actifs et si utiles d'enseignement et de recherches, est due encore à son action bienfaisante. En ces questions, il a été un initiateur de génie.

Un certain nombre de savants, persuadés que sir Patrick Manson a rendu à la science et à l'humanité les plus éminents services, ont pensé que l'heure était venue de témoigner à l'illustre savant anglais leur vive admiration pour son œuvre, en même temps que leur respectueuse affection pour sa personne.

Dans ce but, il est ouvert une souscription internationale à l'effet d'offrir à sir Patrick une médaille d'or à son effigie. Elle sera l'œuvre du grand artiste qu'est le Dr Paul Richer.

Les souscriptions sont reçues à Paris chez MM. Asselin et Houzeau, éditeurs des *Archives de parasitologie*, place de l'Ecole-de-Médecine. On peut adresser les souscriptions par bon de poste, mandat postal ou chèque. Aucune limite n'est fixée. Tout souscripteur de vingt-cinq francs recevra un exemplaire en bronze de la plaquette. Tout souscripteur de cinquante francs recevra un exemplaire en argent patiné. Les souscripteurs sont instamment priés d'écrire très lisiblement leur nom, leur adresse, ainsi que toutes les indications postales nécessaires.

La Freibank.

Il y a, en Allemagne, des marchés où l'on ne vend de la viande qu'aux pauvres : on les appelle *Freibank*. Il y en a quatre à Berlin, mais toutes les villes n'en possèdent pas. Les indigents seuls y ont accès pour leurs achats et la police, les inspecteurs d'hygiène veillent strictement à ce qu'aucun consommateur qui a des ressources ne se mêle parmi les clients. Des mesures sévères interdisent ces ingérences et les lois punissent ceux qui les commettent. La raison de ces restrictions, c'est que tout ce qui paraît sur ces marchés est mauvais. On n'y débite que des morceaux de bœuf, de veau, de mouton, de porc qui sont suspects et qui ne pourraient être offerts sans désinfection. Les viandes contaminées ne sont pas saisies pour être détruites, mais on permet, après avoir constaté que les germes morbides y pullulent, de les envoyer au laboratoire de stérilisation scientifique, après quoi on en autorise la vente aux pauvres. La *Freibank* est un marché ouvert. Le pauvre qui le fréquente sait la viande qu'il y choisira, mais il achète à cause du bon marché et la police laisse faire, encourage même ces pratiques. Dans les autres pays, tout animal abattu qui est détaillé et étalé par le boucher ou le marchand est soumis à l'inspection ; s'il y a contamination, même minime, on en ordonne aussitôt l'enfouissement. En Allemagne, il n'en est pas ainsi, il y a trois catégories : la viande achetable par le public en général ; la viande de moindre valeur, c'est-à-dire dont les conditions obligent à une réduction du prix primitif et la viande conditionnellement utilisable, qui ne peut être vendue que stérilisée. Les *Freibank* servent à écouler cette dernière catégorie. A Munich, il y eut, cette année, une épidémie de scorbut. Elle provenait des mauvaises viandes de la *Freibank*. Elles avaient été déclarées invendables par l'inspection, mais on les avait plongées dans l'eau bouillante et vendues ensuite comme fraîches et saines aux pauvres.

La Recherche de l'Albumine

DANS LES EXPECTORATIONS

Par M. le Professeur ROGER

Membre de l'Académie de médecine
Médecin de l'Hôpital de la Charité

La recherche de l'albumine dans les expectorations constitue une méthode qui semble appelée à rendre en clinique les plus grands services. Je n'insisterai pas sur la technique que j'ai indiquée à plusieurs reprises et qui est extrêmement simple. Un crachat, récemment émis, est délayé dans de l'eau. On ajoute quelques gouttes d'acide acétique pour coaguler le mucus. On filtre, et dans le liquide clair qui s'écoule on recherche l'albumine par les procédés habituels. Le plus simple consiste à chauffer le liquide après l'avoir additionné de chlorure de sodium. L'opération n'est guère plus longue ni plus compliquée que la recherche de l'albumine dans les urines, et les résultats obtenus possèdent une aussi grande valeur séméiologique.

Dès notre première note, résumant les expériences que nous avions faites avec l'aide de M. Lévy-Valensi (1), nous avions posé les trois conclusions suivantes :

Les crachats des tuberculeux renferment toujours de l'albumine; — une réaction négative permet de rejeter le diagnostic de tuberculose pulmonaire en évolution; — mais la réciproque n'est pas vraie : le passage de l'albumine dans les expectorations peut être liée aux affections les plus diverses.

En additionnant tous les faits publiés, depuis que nous avons appelé l'attention sur l'importance de l'*albumino-réaction*, nous trouvons un total de 1.638 observations, qui presque toutes confirment les assertions que nous avions émises.

Le nombre des tuberculeux figurant dans cette statistique s'élève à 1.354. Nous laisserons de côté trois malades atteints de granulie. Dans ces trois cas (1 observation personnelle, 1 observation de Darrasse, 1 observation de Lesieur), les crachats ne contenaient pas d'albumine, constatation négative intéressante et nullement surprenante : on conçoit que les granulations, encloses dans le parenchyme pulmonaire, ne provoquent pas d'exsudat albumineux dans les alvéoles. Si nous mettons à part 33 individus guéris ou fortement améliorés, il nous reste 1.318 cas qui se répartissent de la façon suivante :

	Albumino-réaction Positive	Albumino-réaction Négative	Total
Malades suspects	83	30	113
Tuberculose au 1er degré	268	12	280
Tuberculose aux 2e et 3e degrés	886	4	890
Tuberculose caséeuse aiguë	10	0	10
Tuberculose fibreuse	6	0	6
Emphysème et tuberculose	17	2	19
	1.270	48	1.318

Un simple coup d'œil jeté sur notre tableau fait constater que les faits négatifs ne s'observent guère que dans les cas douteux, chez les malades simplement suspects de tuberculose. Chez ceux qui sont parvenus au 2e ou au 3e degré de la maladie, sur un total de 890 sujets, il n'y en a que quatre qui ne rejetaient pas d'albumine. En examinant de plus près ces quatre faits négatifs, on apprend que dans un cas, il y eut une faute de technique, dans deux autres, le diagnostic demeura incertain, car la recherche des bacilles fut négative. Il ne reste qu'un seul cas. C'est celui que rapporte Smolizanski (1). L'examen bactérioscopique fit constater sur une préparation la présence de deux éléments acido-résistants, arrondis et disposés en chaînettes. Ce cas étant unique, l'auteur se demande, non sans raison, s'il ne s'agit pas d'une pseudo-tuberculose provoquée par des oospora acido-résistants, parasites dont Foullerton a démontré la fréquence.

Chez les malades qui n'ont pas dépassé le premier degré, le nombre de faits négatifs est plus considérable. Mais certains d'entre eux figurent indûment dans notre statistique. Plusieurs fois le médecin, mis en éveil par le résultat négatif qu'il avait obtenu, a soumis le malade à un examen plus attentif et est arrivé à rejeter le diagnostic qu'il avait primitivement admis. Dans d'autres cas, l'analyse avait porté sur des produits provenant non des bronches, mais du pharynx. Ou bien elle n'avait pas été pratiquée suivant une bonne technique. Bref, quand on a soumis à une critique sévère tous les faits négatifs, on ne peut en conserver que deux : celui de Smolizanski dont nous avons déjà discuté la signification, et un autre cas relaté par Costa et sur lequel l'auteur fait lui-même des réserves.

Quand il s'agit de porter un diagnostic chez des malades simplement suspects de tuberculose, la recherche de l'albumine peut rendre les plus grands services. C'est ce qui résulte des intéressantes observations recueillies par le médecin-major Lévy. Chez de jeunes soldats, fatigués, facilement essoufflés, et légèrement amaigris, la recherche de l'albumine a pu donner des renseignements précieux. Une réaction négative a conduit à éloigner l'idée d'une tuberculose commençante; une réaction positive a fourni, non une certitude, mais un important élément de présomption.

Si l'albumino-réaction permet souvent de trancher un diagnostic hésitant, elle n'est pas moins utile pour déterminer si un foyer tuberculeux est en activité ou s'il est momentanément guéri.

Nous avons rapporté un fait de ce genre. Une jeune fille de quinze ans et demi conservait au sommet droit, à la suite d'une poussée tuberculeuse, une lésion légère, décelable par la percussion et l'auscultation. L'état général était excellent; l'expectoration ne contenait ni bacille ni albumine. L'injection sous-cutanée de tuberculine, à la dose de 1/10 de milligramme, provoqua une poussé de fièvre, une réaction locale intense et une expectoration albumineuse qui dura quatre jours. Puis tout rentra dans l'ordre. Il y avait eu simple congestion autour d'un foyer éteint.

Ce fait a été le point de départ de plusieurs travaux fort intéressants.

Dieudonné (1) rapporte dix-neuf observations de malades qu'on pouvait considérer comme guéris. Huit d'entre eux, dont la guérison était de date récente, rendaient des crachats renfermant encore quelques bacilles décelables par l'antiformine; l'albumino-réaction était positive. Chez sept autres, bien que les bacilles eussent disparu, les crachats contenaient encore de l'albumine. Enfin, un dernier groupe comprend quatre individus qu'on pouvait considérer comme guéris depuis deux ans : dans ces cas, il n'y avait ni bacilles ni albumine. L'auteur insiste avec juste raison sur l'importance de ces résultats. L'analyse chimique, mieux que toute autre méthode, permet d'affirmer la guérison. Elle donne un moyen très simple de différencier les sécrétions tuberculeuses des sécrétions bronchiques banales, qui survivent pendant des mois aux anciennes lésions spécifiques.

Ces conclusions ont été confirmées par les recherches ultérieures, notamment par celles de Geeraerd (2) et de Smolizanski. L'albumino-réaction apparaît comme la meilleure méthode pour suivre l'évolution de la tuberculose, reconnaître l'arrêt et affirmer la guérison du processus. En pratiquant de temps en temps la recherche de l'albumine, on sera averti, dès le début, d'une rechute, et l'on pourra prescrire le raitement et les moyens hygiéniques capables d'arrêter le mal.

Pour se faire une opinion sur la valeur clinique de la méthode, il est indispensable d'examiner par comparaison ce qui se passe chez les malades non tuberculeux. Les observations sont moins nombreuses. Je n'ai pu en réunir que 284, qui se répartissent de la façon suivante :

	Albumino-réaction Positive	Albumino-réaction Négative	Total
Pneumonie	39	0	39
Broncho-pneumonie et congestion pulmonaire aiguë	33	0	33
Bronchite aiguë	0	38	38
Emphysème et bronchite chronique	13	83	96
Oosporose pulmonaire	0	3	3
Bronchite cardiaque	24	5	29
Bronchite albuminurique	15	5	20
Gangrène du poumon	2	1	3
Cancer pulmonaire	1	0	1
Kyste hydatique du poumon	1	0	1
Syphilis pleuro-pulmonaire	3	3	6
Pleurésie	11	2	13
Maladie d'Addison	2	0	2
	144	140	284

Dans les affections inflammatoires, comme la pneumonie et les broncho-pneumonies, dans les congestions pulmonaires aiguës, le processus morbide provoque un exsudat albumineux, généralement abondant, qui disparaît, plus ou moins rapidement, après la défervescence. La recherche de l'albumine n'a d'importance clinique qu'après la terminaison de l'évolution aiguë. Plusieurs fois, une résolution tardive ou traînante, la persistance de quelques signes physiques, surtout quand le processus est localisé au sommet, font redouter la tuberculose. L'ab-

(1) Roger et Lévy-Valensi. Analyse chimique des expectorations. Application au diagnostic. *Soc. méd. des Hôpitaux*, 23 juillet 1909. — Albumino-réaction des expectorations. La *Presse médicale*, 20 avril 1910.

(1) Smolizanski. L'albumine dans les crachats des tuberculeux, *Thèse de Paris*, 1911.

(1) Dieudonné. Sur l'albumino-réaction. Société de médecine de Leysin. *Revue de la Suisse romande*, 1910.

(2) Geeraerd. L'albumino-réaction de l'expectoration chez les tuberculeux. *Tuberculosis*, 1910, p. 372.

sence d'albumine permet de rejeter ce diagnostic.

Dans les bronchites simples, aiguës ou chroniques, l'expectoration est purement muqueuse. Si l'on trouve de l'albumine, c'est que le processus est plus profond et plus complexe et un examen plus attentif fera découvrir un foyer de congestion pulmonaire ou un point de broncho-pneumonie, ou bien il révèlera la présence d'albumine dans les urines on l'existence d'une cardiopathie. Notre statistique démontre, en effet, que chez les albuminuriques comme chez les cardiaques, les expectorations contiennent sonvent de l'albumine. Quand le résultat est négatif, c'est qu'il s'agit de manifestations banales, d'une bronchite simple, intercurrente. Quand il est positif, on doit admettre que le processus est sous la dépendance de l'affection première. La recherche de l'albumine acquiert ainsi une importance nosologique considérable.

L'interprétation du mécanisme mis en œuvre est assez délicate. S'il s'agit d'une cardiopathie, on peut incriminer la stase sangine. En cas d'albuminurie, on est en droit de se demander s'il ne faut pas invoquer une modification des albumines du sang et une augmentation de leur diffusibilite.

Il est encore une affection dyscrasique qui peut s'accompagner d'expectoration albumineuse, c'est la maladie bronzée d'Addison, alors même que les lésions des capsules surrénales ne sont pas de nature tuberculeuse (obs. de Chapel; obs. inédite de Lenoble).

La recherche de l'albumine peut servir aussi à différencier l'oosporose pulmonaire de la tuberculose. Dans trois observations personnelles, le résultat fut négatif. Il en est de même pour la syphilis, au moins dans certains cas. L'absence d'albumine nous a mis deux fois sur la voie du diagnostic. La présence de l'albumine doit faire soupçonner une association syphilo-tuberculeuse comme dans l'observation de Lecaplain (1).

L'analyse des faits actuellement publiés met bien en évidence l'intérêt qui s'attache à la recherche de l'albumine dans les expectorations. Aussi, beaucoup de médecins exerçant dans les sanatoria, Roulet et Dieudonné à Leysin, Geeraerd à Bruxelles, Lesieur et Privey à Lyon, Guinard et Smolizanski à Bligny, Clemente Ferrera à San-Paolo (Brésil), utilisent-ils actuellement la méthode; tous sont d'accord pour lui reconnaitre une valeur séméiologique considérable.

Elle est même capable de fournir quelques renseignements pour le pronostic.

Bien que la régle ne soit pas absolue, on peut dire que dans la tuberculose pulmonaire, la quantité d'albumine expectorée est d'autant plus considérable que l'évolution est plus rapide ou plus avancée. Enfin, si l'on dispose d'un laboratoire, on pourra faire des dosages séparés de la globuline et de la sérine. Un excès de globuline est d'un bon pronostic : un excés de sérine doit faire craindre une évolution défavorable. Mais ces recherches exigent déjà une certaine habileté technique et ne sont plus facilement applicables à la clinique journalière. Je n'y insisterai donc pas, espérant avoir réussi à montrer qu'il suffit en pratique d'utiliser des procédés extrêmement simples et les 1.638 observations dont je viens d'exposer les résultats sont, je pense, suffisamment nombreuses et suffisamment concordantes pour établir la valeur de la méthode.

(1) Lecaplain. Note sur quelques cas d'albumino-réaction des expectorations. *La Presse médicale*, 11 mars 1911.

Varicelle localisée et confluente

Par M. CHATIN, Médecin de la Charité, de Lyon
Et M. R. RENDU, Interne des Hôpitaux

L'éruption de varicelle a, comme caractère topographique, d'être à la fois généralisée et non confluente. J'ai l'honneur de présenter à la Société, au nom de mon maître, M. Chatin, la photographie d'un petit malade chez qui cette éruption fut à la fois localisée et confluente.

Voici, en deux mots, cette observation :

Un enfant nous est amené par sa mère pour une éruption datant de la veille et présentant, à première vue, l'aspect d'un large placard eczémateux convrant toute la partie antérieure du thorax et délimité par un bord assez net. L'enfant, immédiatement déshabillé, présente dans le dos un placard semblable, mais avec des éléments éruptifs moins serrés. Devant cet aspect particulier et cette localisation de l'éruption, on insiste, auprès de la mère, pour savoir s'il n'y a pas eu d'application locale irritante; l'éruption du thorax rappelle, en effet, fort bien, par son aspect, l'éruption miliaire confluente que donnaient, autrefois, les applications d'huile de croton.

La mère est, tout d'abord, formelle dans ses dénégations. C'est en examinant de plus près l'éruption qu'on constate, entre les deux placards du thorax et du dos, des éléments typiques d'une éruption de varicelle, disséminés sur les flancs, avec leur aspect de vésicules et de pustules ombiliquées, suivant les différents degrés de leur maturation. Ces caractères se retrouvent aussi, mais moins nets et altérés par la confluence, dans les régions du dos et du thorax. A la partie inférieure du thorax, où l'éruption est tout à fait confluente, les éléments, tous au contact, sont petits, acuminés et rappellent plutôt l'aspect d'une varicelle. Quelques éléments de varicelle, très nets, mais discrets, existent sur la face et sur les membres.

En somme, le diagnostic de varicelle s'impose, il reste à connaitre le pourquoi de la confluence et de la localisation. Notre attention est alors attirée par une teinte légèrement jaunâtre de la peau au niveau des placards du dos et du thorax.

La mère, pressée de questions, finit par avouer qu'elle avait fait à l'enfant *une application de teinture d'iode trois semaines auparavant*. C'est donc sous l'influence d'application de teinture d'iode antérieure que l'éruption a présenté ce double caractère anormal de localisation et de confluence.

Nous avons essayé de déterminer, par l'application d'un peu de teinture d'iode, l'éruption de nouveaux éléments, mais il ne s'est rien produit, la varicelle ayant évolué normalement par la dessiccation de ses éléments éruptifs, sans qu'il se produisit de poussée nouvelle.

Des faits analogues ont été mentionnés pour la variole, la vaccine généralisée, et enfin la varicelle.

Pour la *variole*, tons les classiques citent l'éruption plus confluente au niveau des surfaces irritées antérieurement, notamment par la présence d'un vésicatoire (1). Curschmann avait même essayé de localiser, sur les membres, l'éruption de variole à l'aide de teinture d'iode, espérant diminuer son intensité du côté de la face. Ces applications, même faites à la période d'invasion, n'avaient pas donné de résultats (2).

Pour la *vaccine*, le fait a été mentionné dans plusieurs observations de vaccine généralisée spontanée. L'un de nous en a observé un cas fort intéressant à l'hôpital de la Croix-Rousse. Il s'agissait d'un enfant portant un eczéma ancien, localisé au thorax, au dos et aux membres supérieurs, limité par une ligne transversale au niveau du cou, du tronc et des coudes, ayant une topographie à caractère véritablement métamerique. L'éruption de vaccine généralisée se montra uniquement sur toute la surface eczémateuse, avec des caractères de confluence telle qu'on aurait pu croire à une éruption de variole confluente à ce niveau. La vaccine généralisée peut donc donner, comme certains cas de variole, des éruptions confluentes sur les points irrités antérieurement.

Quant à la *varicelle*, les classiques mentionnent le même fait et citent notamment le cas d'Hénoch : 1° éruption plus dense sur le côté gauche d'un enfant qui se tenait constamment couché sur le côté; 2° éruption de vésicules plus abondantes sur la surface d'un abcès par congestion et très discrète sur le reste du corps (3).

Les auteurs citent également le cas de Galliard (4), assez analogue au nôtre. Il s'agit d'un petit garçon dont le dos *venait* d'être badigeonné à la teinture d'iode au moment où se déclara la varicelle. La région irritée par l'iode fut le siège d'une éruption de multiples vésicules miliaires et de vésicules extrêmement nombreuses, remarquables par leurs grandes dimensions, tandis que, partout ailleurs, l'exanthème était discret.

Nous mêmes, nous avons eu l'occasion d'observer un fait analogue dans les cas de varicelle survenue chez les enfants du premier âge (au-dessous d'un an). Très souvent, chez ces enfants, l'éruption est beaucoup plus confluente au niveau des membres inférieurs qu'au niveau du tronc, ce qu'on peut attribuer, croyons-nous, à l'irritation légère de la peau, continuellement souillée par les urines et les matières fécales.

La varicelle peut donc donner, elle aussi,

(1) Cf. Entre autres : JOANNY RENDU. — Mémoire de l'isolement varioleux à l'étranger et en France (Paris, 1870), page 27.

(2) BALZER et DUBREUIL. — Article « variole » du dictionnaire de Jaccoud.

(3) Cité dans les Dictionnaires de DECHAMBRE et de JACCOUD.

(4) L. GAILLARD. — *Société clinique de Paris*, janvier 1886.

des éruptions localisées anormales par leur confluence, au niveau des surfaces antérieurement irritées et notre observation démontre que cette irritation peut être légère, puisque l'application de teinture d'iode remontait à trois semaines et n'avait laissé que des traces tout à fait insignifiantes.

L'Aliénation mentale cause de Divorce (1)

(SUITE DE NOTRE ENQUÊTE)

XLIV

M. le Dr P.-L. Ladame, de Genève, nous écrit :

L'enquête que vous poursuivez sur l'*Aliénation mentale et le divorce* présente, en effet, un grand intérêt et une importance exceptionnelle, au moment où cette question est à l'ordre du jour un peu partout et va se discuter prochainement devant les Chambres françaises. Pour répondre à la demande que vous avez bien voulu m'adresser, je crois devoir me borner à résumer très brièvement le résultat de mon expérience et de mes observations sur ce grave sujet, si délicat, qui touche au fond même de la vie familiale et sociale.

Dans une étude statistique sur le *Suicide en Suisse*, qui remonte à 1882, j'étais arrivé à la conclusion que les courbes du divorce et du suicide étaient absolument parallèles. La fréquence du divorce augmente et diminue en même temps que celle du suicide. Le Dr Jacques Bertillon, de Paris, m'écrivait peu après, qu'il était arrivé à la même conclusion, en partant de l'étude du divorce. Ceci prouve en tous cas les étroites relations que le divorce, comme le suicide, présente avec l'aliénation mentale.

Je ne puis développer ici ce sujet qui mériterait un examen approfondi. On verrait aussi que le divorce, de même que le suicide et l'aliénation mentale, marchent de pair avec l'accroissement de l'alcoolisme et de la criminalité. Toutes ces questions sont connexes et ne peuvent être envisagées isolément.

Les adversaires et les partisans du divorce ont souvent invoqué la Suisse dans leurs débats, soit pour vanter ses institutions libérales, soit pour en critiquer parfois les conséquences, qui n'ont pas toujours été bien comprises. Il me paraît donc utile, pour la discussion que vous avez ouverte, de mettre sous les yeux de vos lecteurs le texte même des articles de la loi suisse sur cette matière.

La *loi fédérale concernant l'état civil, la tenue des registres qui s'y rapporte et le mariage du 24 décembre* 1874 (entrée en vigueur le 1er janvier 1876), spécifie les causes du divorce dans son article 46 ainsi conçu :

ART. 46. — Sur la demande d'un des époux le divorce doit être prononcé :

a) Pour cause d'adultère, etc. ;

b) Pour cause d'attentat à la vie, de sévices ou injures graves ;

c) Pour cause de condamnation à des peines infamantes ;

d) Pour cause d'abandon malicieux depuis 2 ans...

Enfin :

e) Pour cause d'aliénation mentale, lorsqu'elle dure depuis trois ans et qu'elle est déclarée incurable.

Je crois que ce dernier alinéa a été en réalité très rarement invoqué, si j'en juge d'après mon expérience personnelle. Je n'en hésite pas moins à le condamner formellement, car on ne doit jamais, à mon avis, baser une instance de divorce uniquement sur l'existence d'une maladie, mentale ou non, moins encore peut-être si elle est incurable. Je pourrais citer à ce propos un cas que j'ai observé il y a quelques années, qui en fournit une preuve convaincante. Il s'agissait d'une malade internée depuis sept ans dans une maison de santé pour un accès de manie qui passait à l'état chronique. Je refusais une déclaration d'incurabilité que le mari obtint d'autre part pour demander son divorce. Les tribunaux le lui accordèrent. Cependant, quelque temps après, la malade sortait guérie de l'hôpital et son mari fut tout heureux de la reprendre à son foyer, où il y avait des enfants qui n'étaient pas encore élevés. Elle mourut bien des années plus tard, sans avoir jamais eu de récidives.

On a reconnu sans doute les inconvénients de cette prescription de la loi de 1874 puisque nous trouvons les articles suivants sensiblement différents dans le nouveau *Code civil suisse*, du 10 décembre 1907, qui entrera en vigueur dans toute la confédération le premier janvier prochain (1912).

ART. 159. — *Les époux se doivent l'un à l'autre fidélité et assistance.*

ART. 169. — Lorsqu'un des époux *néglige ses devoirs de famille ou expose son conjoint à péril, honte ou dommage,* la partie lésée peut requérir l'intervention du juge.

ART. 170. — Un époux peut avoir une demeure séparée, aussi longtemps que *sa santé, sa réputation ou la prospérité de ses affaires* sont gravement menacées par la vie en commun.

ART. 171. — Chacun des époux peut demander le divorce en tout temps pour cause de maladie mentale de son conjoint, *si cet état rend la continuation de la vie commune insupportable au demandeur et qu'après une durée de trois ans la maladie ait été reconnue incurable à dire d'experts.*

Nous avons souligné dans ces quatre articles les dispositions légales qui montrent que le nouveau Code civil suisse ne donne plus, comme autrefois, l'aliénation mentale incurable, sans commentaire, comme motif de divorce, mais insiste au contraire sur les conditions qui doivent accompagner nécessairement la maladie mentale pour que celle-ci devienne une cause suffisante de demande en divorce. Ces conditions sont : 1° l'incurabilité de la maladie, *certifiée par des experts* et, 2° le fait constaté que cet état de maladie mentale rend la *continuation de la vie commune insupportable* au demandeur.

Il nous semble que ces dispositions de notre nouveau Code ont résolu heureusement le problème, car si, d'une part, il est inadmissible que la *maladie* devienne une cause de rupture du lien « conjugal, puisque les époux se doivent l'un à l'autre fidélité et assistance », il est bien moins inadmissible, d'autre part, que la maladie, parce qu'elle est *mentale*, devienne un obstacle à cette rupture, quand toutes les autres circonstances (péril, honte ou dommage du conjoint et de la famille) rendraient le divorce urgent nécessaire.

La demande en divorce pour cause d'aliénation mentale ayant duré plus de trois ans et déclarée incurable par des experts compétents ne nous paraît donc recevable que si les conditions dont nous venons de parler sont réalisées, c'est-à-dire si la santé et la vie du conjoint, sa réputation, la prospérité de ses affaires, auxquelles nous ajouterions « la vie de famille et l'avenir des enfants», sont *gravement menacés* par la continuation de la vie en commun.

Lorsqu'un malade dangereux est irresponsable, on sait très bien prendre contre lui des mesures de sécurité pour sauvegarder son entourage et la société. Et, parmi ces mesures, dans certaines circonstances spéciales, qui doivent être soigneusement examinées et rigoureusement jugées pour chaque cas particulier, le divorce nous paraît s'imposer.

Eh quoi! Sous le prétexte qu'un malade n'est pas responsable de ses débauches, de son ivrognerie, des ruines qu'il accumule autour de lui, des sévices et des meurtres qu'il peut commettre sur son conjoint et sur ses enfants, on aurait le droit de river ceux-ci au martyr de la vie en commun et de les exposer systématiquement à la misère et à la mort.

Une pareille théorie a déjà eu les plus funestes conséquences et lorsqu'elle est appliquée par des logiciens doctrinaires, elle devient un vrai fléau pour les familles et pour la société.

Nous conclurons donc qu'il nous paraît nécessaire d'ouvrir la porte au divorce pour cause d'aliénation mentale, sous certaines conditions que la loi doit préciser et dont les deux principales sont l'expertise psychiatrique déclarant l'incurabilité après une durée de la maladie d'au moins trois ans, et la preuve juridique que la vie en commun est devenue « insupportable ».

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'assurance de mes sentiments très distingués.

Votre bien dévoué,

Dr P.-L. LADAME.

XLV

M. Faure de Ceris, docteur en droit de la Faculté de Paris, nous communique la réponse suivante :

J'ai reçu, Monsieur, l'article de M. Viollette que vous m'avez adressé. Je suis trop heureux de vous envoyer les réflexions que sa lecture m'a suggérées, en remerciement de l'honneur que vous me faites en me les demandant.

M. Maurice Viollette propose que l'aliénation mentale, devenue incurable, soit admise parmi les causes de divorce, estimant l'atteinte portée à la personnalité de l'époux, qui en est la victime trop complète, pour que le mariage puisse être maintenu, et jugeant qu'elle dépasse par sa gravité et son caractère définitif le risque conjugal. Toutefois, M. Viollette exclue la démence sénile, qu'il range parmi les maux qui font un cortège sinistre à la vieillesse et que l'époux doit entrevoir comme possibles au déclin de son union.

Dans une aussi troublante conjoncture, formuler une opinion est chose délicate. D'autant plus délicate même que le point de vue est double : juridique et moral.

Bien qu'il me paraisse rationnellement inexact de séparer les deux faces de ce problème, je vais pourtant le faire pour donner plus de clarté à ces quelques notes.

Au point de vue juridique, il me semble assez difficile d'admettre cette nouvelle cause de divorce. Sans doute, si la loi l'inscrit dans un texte, la question sera législativement tranchée. La jurisprudence n'aura plus à rechercher, dans l'étude de chaque espèce, un moyen plus ou moins artificiel pour prononcer le divorce toujours et quand même. Mais pourra-t-on dire que cette question ainsi résolue, l'aura été conformément à l'esprit de notre droit?

Qu'est-ce que le divorce, en effet? une institution permettant de dénouer le lien conjugal; mais n'admettant ce grave résultat que pour certaines causes limitées en principe, si, en fait, elles ne le sont plus. Or, toutes ces causes supposent une faute de l'un des conjoints, faute autorisant l'autre partie à demander la dissolution d'une situation que le coupable a rendu intolérable, soit en refusant d'accomplir les obligations qui lui incombent, ou en transgressant les règles qui sont celles du mariage lui-même.

A mon avis, l'on ne peut pas considérer l'aliénation mentale comme une *faute*. Si parfois cet état provient d'excès qui sont, par essence, des violations évidentes du mariage, il n'en est pas nécessairement ainsi. C'est pourquoi je ne ver-

(1) Voir numéro du 1er mars de la *Gazette médicale de Paris* contenant la Proposition de loi de M. Maurice Viollatte, député, ainsi que les numéros suivants concernant le début de notre enquête et les réponses reçues.

rais point sans effroi inscrire dans nos Codes cette pénalité susceptible de frapper un innocent. Est-ce la possibilité d'une telle injustice qui a fait hésiter M. Viollette et l'a fait se décider à mettre à part la démence sénile, je ne sais. Mais cette exclusion rend son projet illogique : défaut que l'adresse et le talent déployés par l'auteur ne sont pas arrivés à masquer. Car, enfin, la démence sénile peut provenir des mêmes causes que la démence prématurée; l'une et l'autre peuvent résulter d'excès qui furent des fautes conjugales, de même que leur source peut être, au point de vue matrimonial, strictement innocente; dès lors je ne vois point d'explication à ces régimes différents.

On pourra, répondra-t-on, analyser chaque cas particulier. N'est-ce pas, alors, ce que font les tribunaux, qui arrivent à prononcer des divorces dans des cas d'aliénation mentale même actuellement et cela avec une facilité grandissante. Malgré une incroyable tendance à dénouer le lien conjugal, les tribunaux se trouvent parfois retenus; leur ingéniosité ne découvre pas toujours le motif nécessaire à l'admission du divorce car, pour extensible qu'elle soit, la notion d'injures graves ne laisse pas de montrer qu'elle a, malgré tout, des limites. Etant donnée cette tendance si accusée, est-il bon de fournir un moyen nouveau de multiplier encore le nombre des divorcés?

A vrai dire, l'expérience de 1792 ne fournit pas de chiffres très effrayants, puisque sur 5.994 divorces prononcé à l'Etat civil de Paris, depuis le 1er janvier 1793 jusqu'au 29 prairial de l'an III, 14 divorces seulement furent motivés par la démence. C'est peu et les conjoints, les femmes surtout — montrèrent, en des temps si troublés, une modération touchante.

Je crois qu'il n'en serait plus ainsi. Et alors apparaît le côté moral et social du problème. Oui ou non, le divorce est-il une bonne institution? Si oui, chaque cause facilitant son admission doit être acceptée comme une innovation heureuse. Mais si l'institution n'est pas bonne, en soi ou dans son application? C'est là évidemment le plus angoissant du problème. Pour chaque point spécial, tel que celui-ci, en effet, c'est l'institution elle-même dont l'existence est fatalement remise en question. Des flots d'encre ont coulé à son sujet; combien ne fut-elle pas analysée, discutée, combattue? Avouons qu'elle méritait de l'être. Autour d'elle se sont heurtées les conceptions mêmes qui se heurtèrent autrefois; à cause d'elle se trouvèrent aux prises l'esprit de jadis et l'esprit nouveau.

N'est-ce pas, chaque fois, un épisode de la lutte poursuivie, laissée, reprise, du droit individuel et du droit familial; de l'autorité, de la règle et du désir d'indépendance? Et vraiment, celui-ci a tellement triomphé, que je ne vois pas de bien bonnes raisons pour qu'il ne triomphe pas encore. Il est tentateur, il est séduisant, il paraît logique. A force d'attaquer, sournoisement ou de front, l'idée qui était jadis le fondement du mariage et qui, en le faisant immuable, lui donne sa force et sa grandeur, l'on arriva à perdre de vue les avantages que les conjoints en retiraient, pour ne plus voir que les charges qu'il impose, les obstacles qu'il crée, ou les sacrifices qu'il réclame. N'en est-ce point un suprême de vieillir dans la solitude et l'isolement en demeurant fidèle à un idéal atteint, mais non brisé. Sacrifice inutile, dira-t-on! Est-ce bien certain? et il y a-t-il même des sacrifices inutiles?

Pour corriger de très réels abus et atténuer des rigueurs trop fortes, on a sécularisé le mariage, ce qui, en théorie, était un bien, mais en même temps on l'a diminué, ce qui fut une faute. De cet abaissement, le divorce fut un agent actif. Doit-on lui donner encore un regain d'activité? Aujourd'hui la démence est invoquée comme nécessitant ou, à tout le moins, autorisant la rupture de l'union; demain l'on réclamera la dissolution volontaire prenant sa source dans le simple consentement des conjoints. Ce n'est qu'un léger retard. Le législateur de 1792 fut d'une plus audacieuse légèreté. Peu à peu nous l'imiterons sur ce point; nous en arriverons à l'accepter aussi, puisque c'est dans la logique du système. Et bien des gens qui, actuellement le repoussent avec de bons arguments, trouveront de non moins bons arguments pour l'introduire dans la loi. Mais dire que le mariage, alors, puisse être comparé, sans défaveur, à ce qu'il fut jadis, voici ce qui me paraît difficilement sontenable. Je suis cependant convaincu que cela sera triomphalement soutenu. Pour beaucoup, d'ailleurs, l'importance sociale d'une institution, involontairement ou non, est lettre morte et doit le demeurer.

Tandis que dans certaines classes, précisément celles qui ont gardé plus intacte, par conviction, par habitude, diplomatie on intérêt, l'idée de notre ancien mariage, la conception même de la famille demeure; dans d'autres elle va s'évanouissant. L'on voit de plus en plus des *ménages*, l'on n'aperçoit plus des *familles*. La permanence du groupe social fondé sur le mariage, ainsi mise en jeu, sombre lentement.

Les générations d'il y a 100 ans furent heureuses de pouvoir, avec une logique constante, repousser le divorce sans incertitude. Son absence dans la législation, si elle créait des situations inextricables, ne leur semblait pas devoir être, pour cela, réparées. Hélas! nous n'avons plus la même sérénité! Malgré nous, songeant à la tristesse de certaines unions si tôt brisées moralement, nous demeurons perplexes devant ces désastres, nous demandant avec anxiété si une libération légale et complète ne referait pas un peu de bonheur peut-être.. Le droit individuel, avec sa force insinuante, a conquis, imprégné les meilleurs des esprits, les faisant hésiter en face d'une solution absolue, impitoyable et conforme, sans doute, à nos idées si la pitié ne les avait pas touchées. De cet état intellectuel est née l'attitude présente des plus récentes générations : le divorce est accepté avec regret et mélancolie, mais accepté tout de même. Résignés à le subir en vue d'un bien hypothétique, nous critiquons la façon trop large dont la jurisprudence l'accueille et nous nous efforçons, puisqu'il n'est pas un bien, de diminuer son champ d'action.

C'est pour cela que je repousse, en définitif, le projet de loi de M. Maurice Viollette, qui me paraît, malgré les très louables intentions de son auteur, susceptible d'aggraver une situation déjà trop grave.

En résumé, deux motifs entraînent ma décision.

1° En notre droit le divorce repose sur l'idée de faute et l'aliénation mentale ne peut être estimée telle.

2° Ce serait faciliter de nouveaux divorces et cela serait un déplorable résultat.

Veuillez agréer, Monsieur, l'assurance de mes sentiments les plus distingués.

E. de FAURE DE CERIS.

XLVI

M. le Dr Clerambault, licencié en droit, ancien interne des Asiles de la Seine et de l'Infirmerie spéciale du Dépôt, nous communique la réponse ci-dessous à notre enquête.

C'est une erreur de prendre pour seul critérium de l'opportunité d'un divorce le pronostic d'incurabilité. Les aliénés qui restent toute leur vie internés deviennent de ce fait, inoffensifs; parmi ceux qui sortent, un grand nombre constituent à quelque degré une menace pour la sécurité des personnes, ou au moins de leur tranquilité. Presque tous sont aussi un danger pour la race.

Certains aliénés libérés restent exposés aux récidives (toxicomanes); certains y sont voués presque sûrement (maniaques); d'autres n'offrent que des rémissions (paranoïaques). Il persiste donc, pour la famille, à ne parler que d'elle, des chances nombreuses de dangers graves (blessures, scandales, pertes financières) pour un avenir plus ou moins proche. Un malade resté interné cesse de présenter ces dangers.

Ceux d'entre eux qui ne récidivent pas, gardent du moins, en liberté, les mêmes dispositions morbides qui ont favorisé leur délire; or, ces dispositions morbides sont fréquemment très prononcées; (aboulie et impulsivité chez les toxicomanes, déséquilibre chez les maniaques, tendances jalouses, interprétative ou réclamiste dans beaucoup d'entités cliniques, etc.). Ce sont ces troubles du caractère, *manifestés en liberté*, qui rendent la vie intolérable pour leur conjoint ou leurs enfants.

Les aliénés supposés guéris, ou seulement en sortie d'essai chez leur conjoint, *peuvent procréer*. Le plus souvent leurs enfants seront pour la société une acquisition peu enviable; ils peuvent en outre être dans l'avenir, pour le conjoint, une source de déceptions multiples. Il faudrait cependant au conjoint une force morale peu fréquente, pour s'opposer par raison pure, à toute chance de procréation.

On a dit : l'aliéné divorcé vivra en état de concubinage et pourra encore engendrer. C'est exact, mais nous savons tous que de telles associations ne se montrent, dans la majorité des cas, *ni aussi stables ni aussi prolifiques* que les mariages.

Pour toutes ces raisons l'aliéné libéré doit être regardé, en principe, comme une source de maux plus redoutable que l'aliéné dit incurable.

Pour un certain nombre de sujets dégénérés, tels les alcooliques chroniques non délirants, les petits toxicomanes, les amoraux, un grand nombre d'intermittents et beaucoup d'autres, il peut arriver à la fois qu'ils ne soient jamais internés et que cependant le caractère pathologique de leurs désordres soit officiellement établi. Tel sera le cas si, récemment, ils ont été, à propos d'un délit quelconque, déclarés, par une expertise, irresponsables; s'ils ont subi des cures pour morphinomanie, etc. Leurs principaux actes sont dès lors couverts par l'étiquette morbide et ne peuvent plus être utilisés pour un divorce.

Lorsque le sujet dégénéré se trouve à limite entre les états délirants et l'état viable, c'est-à-dire lorsque l'aliéniste peut, avec des raisons égales, le laisser en liberté ou l'interner, cette incompatibilité de la maladie mentale et du divorce engendre des dilemmes singuliers. Ou bien l'individu amoral, excitable, susceptible de tuer, sera interné et alors le martyre subi par son conjoint sera, au point de vue du divorce, non avenu; ou bien, pour permettre au conjoint le divorce, nous renonçons à l'internement et alors, jusqu'à ce que le divorce soit prononcé, ni le conjoint ni la société ne seront protégés contre des violences. Ces cas sont extrêmement fréquents dans la pratique de notre infirmerie spéciale. Une femme demande que son mari, qui l'a menacée très sérieusement, soit interné et d'autre part, elle nous apprend qu'elle demande le divorce : nous sommes obligés de lui répondre en termes plus ou moins déguisés : « Vous ne pouvez obtenir ensemble cet internement et le divorce; il faut opter ».

— Lorsqu'il sera sorti, demande la femme, pourrai-je obtenir le divorce?

— Pas pour les faits que vous venez de me dire.

— Il a voulu me tuer.

— Attendez qu'il recommence.

— Je préfère qu'on ne l'interne pas et divorcer.

— Alors, c'est demain qu'il peut vous tuer. »

Autrement dit, la femme est obligée d'opter entre sa sécurité immédiate et sa sécurité de l'avenir.

Depuis la séance du 25 novembre 1910, ce cas s'est représenté devant moi, avec une netteté absolue, au moins deux fois (27 février 1911). Dans un des cas, la femme m'a dit en propres

termes : « Mon mari voudra revenir avec moi parce que c'est moi seule qui travaille. Si je ne dépose pas une demande en divorce, il peut légalement me forcer à rentrer chez lui. Si je dépose une demande en divorce, où habiterai-je? Mon père ne veut plus me recevoir, parce qu'il a peur de mon mari; mon père a même déménagé à cause de lui. Mon mari saura partout où me retrouver et me menacera du revolver. Il faudrait pouvoir divorcer pendant qu'on le tient (*sic*). Autrement je suis sûre d'un coup de revolver. Si vous ne pouvez le garder longtemps, autant retourner de suite avec lui. Lorsque je l'aurai fait interner, il sera bien plus dangereux pour moi et je n'aurai plus de quoi divorcer. »

Ces phrases sont justes. *Les mêmes causes qui rendent nécessaires l'internement rendent nécessaire aussi le divorce dans nombre de cas*; et d'autre part le moment le plus favorable à l'introduction de la procédure serait celui de l'internement. Le temps de la séquestration expiré, l'ex-interné a un motif de rancune en plus contre son conjoint, qui est désarmé.

Lorsque le cas que nous venons d'indiquer se présente chez un ménage jeune, il arrive fréquemment que la femme cède à la tentation de pardonner, parce que la solitude l'effraie, parce qu'elle s'était mariée contre le gré de ses parents, parce qu'elle ne veut pas se priver des plaisirs conjugaux et se refuse à prendre un amant, etc. Il en résulte qu'elle nous demande de remettre en liberté son mari et retourne près de lui. Mais elle n'agirait pas ainsi, s'il lui était possible d'obtenir une solution *rapide et nette* : internement avec divorce. En l'obligeant à hésiter et à attendre, la loi lui impose une lutte au-dessus des forces moyennes; elle préfère alors désarmer.

Quelques semaines après elle redemande le divorce et cette fois il lui reste un enfant sur les bras.

La loi et l'opinion exigent qu'un conjoint donne des soins à son conjoint malade « les deux conjoints se doivent assistance et protection »; ce devoir est la raison majeure qu'on nous oppose. Mais on ne saurait assimiler un aliéné à un fébrile ou cancéreux. Dans une grande majorité de cas l'aliéné n'est en état de recevoir de sa famille aucun soin physique *ni moral*. La plupart des persécutés ont pris en haine leur entourage, les amoraux de même; de même un grand nombre d'excités; les diverses sortes d'affaiblissement intellectuel rendent inutiles les prévenances morales de ce qui a été l'entourage de l'interné. Sur cent internés, combien en compte-t-on qui retirent des visites de leurs proches une joie *morale*? certainement une *minorité*. Beaucoup d'aliénés reçoivent leur femme ou leur époux par des injures, consentant seulement (et encore pas constamment) à recevoir d'eux des friandises. Est-ce pour un pareil résultat que la loi doit immobiliser une unité sociale utile?

Hors de l'asile, nombre d'aliénés guéris, nombre de déséquilibrés notoires, sont encore incapables de retirer un profit *moral* des attentions de leur entourage. Plus les parents ou alliés sont proches, plus il y a de chances pour que l'aliéné les déteste. L'époux ou l'épouse sont presque constamment les dernières des personnes au monde par qui un grand toxicomane, un amoral, un intermittent présentant des bizarreries dans ses périodes intercalaires, se laisseront donner des conseils et près de qui ils pourront ressentir un réconfort Ce sont là des faits que le législateur à lui seul ne pouvait prévoir; notre devoir est de les proclamer.

Et d'ailleurs, une législation sévère ne suffit pas pour inspirer l'esprit de devoir; elle n'en donne que les apparences. Parmi les femmes et les époux d'aliénés, une forte proportion vit en concubinage. Lorsque j'étais interne d'un asile suburbain j'ai vu beaucoup d'épouses rendre visite fidèlement à leurs maris, mais escortées par leur amant, lequel entrait ou n'entrait pas dans la maison. De tels couples s'abstiennent d'engendrer et portent en eux des dangers de drame; au cas de divorce entre la femme et l'interné nombre d'entre eux deviendraient légitimes; l'ordre public y perdrait-il?

Un argument de nos adversaires est que, de la part d'un individu morbide, les sévices ou les grossièretés ne résultent pas d'un libre arbitre; cet argument me paraît manquer à la fois de psychologie, de sens pratique et de sens juridique. De psychologie, parce que le conjoint se regarde non pas comme offensé, mais comme lésé. De sens pratique, parce que ce conjoint tient moins de compte des coups qu'il a reçus que de ceux qu'il peut recevoir encore. De sens juridique, parce qu'il est classique de séparer l'imputabilité criminelle de la responsabilité civile. Le délinquant irresponsable est tenu de réparer, au civil, les dommages causés. Dans nos cas, la sanction civile c'est le divorce.

Des juges tentent de tourner la loi en considérant une ivresse comme une injure faite au conjoint. De même ils distinguent les sévices ou les insultes en celles qui ne sont pas offensantes et en celles qui sont offensantes. Le clinicien ne saurait admettre ces distinctions. L'appétence pour les toxiques et la réaction exagérée aux toxiques sont, pour nous, aliénistes, des preuves de morbidité. De même nous reconnaissons la mentalité alcoolique ou morphinique, ou encore le cachet maniaque ou amoral, dans des actes qui semblent réfléchis. Bien plus, chez des individus censés normaux, bien des troubles de caractère jugés banal, marquent pour nous des diathèses larvées. Les troubles légers et les troubles graves sont de même ordre, ou d'ordres voisins; leur seule grande différence réside dans l'évidence plus ou moins nette du diagnostic. Si donc l'aliénation s'oppose à ce qu'un divorce soit prononcé, nous arrivons dans la pratique à cette conclusion surprenante, que d'un conjoint très légèrement dégénéré on est admis à se libérer, mais qu'on doit rester uni toute sa vie à un dégénéré profond.

Je résumerai ainsi les jugements qui précèdent.

1° Le critérium de la nocivité d'un aliéné ne réside pas dans la durée de la crise délirante. La guérison de la crise délirante ne prouve pas que l'individu ait cessé d'être grandement nuisible à sa famille, à la société et à la race.

2° L'assistance *morale* du conjoint aliéné par son conjoint est dans le plus grand nombre des cas impraticable et illusoire.

3° Les mêmes causes qui entraînent ou ont entraîné l'internement comportant d'ordinaire cette présomption qu'un divorce pourrait être utile, il est au moins juste que les faits d'aliénation n'apportent pas obstacle au divorce.

4° La société a intérêt au divorce des dégénérés. L'avenir de la race n'a pas, jusqu'ici, été pris suffisamment en considération par le législateur.

(*A suivre.*)

REVUE DE CHIRURGIE

De l'Anesthésie générale avec circulation réduite, d'après 1179 cas, par H. Delagénière (du Mans).

L'idée première d'exclure le sang des quatre membres pendant la narcose pour en diminuer les dangers est due à Klapp.

Cette exclusion est réalisée au moyen de bandes élastiques appliquées à la racine des membres de façon à arrêter à la fois la circulation artérielle et la circulation veineuse. En agissant ainsi, on exclut non seulement le sang mais tous les tissus des membres. Il en résulte que ce sang et ces tissus ne se chargent pas d'anesthésique pendant la narcose de sorte que lorsqu'ils sont remis en circulation en levant les bandes ils aident à opérer automatiquement un détitrage rapide du bulbe et de la masse sanguine imprégnée par le toxique.

L'anesthésie générale avec circulation réduite a été pratiquée dans le service de clinique de M. Delagénière et à l'hôpital, 1.144 fois avec le chloroforme et 33 fois avec l'éther. Voici les résultats obtenus.

L'anesthésie est plus rapide; le sommeil est meilleur et il faut une dose d'anesthésique beaucoup moindre pour obtenir le sommeil (50 0/0), le réveil est plus rapide.

Les troubles organiques post-opératoires sont diminués. C'est peut-être là le plus grand avantage de la méthode. En effet, l'action altérante de l'anesthésique est diminuée puisque le toxique est pris en moindre quantité et qu'il est éliminé beaucoup plus vite. Tous les viscères doivent donc *a priori* bénéficier de la méthode. En effet, on constate que les vomissements sont moins fréquents et moins abondants. L'ictère et le subictère sont moins fréquents et moins graves. L'albuminurie post-opératoire n'existe pour ainsi dire plus quand on a recours à la narcose avec exclusion, de sorte que les dangers d'urémie post-opératoire disparaissent également.

L'emploi de la méthode permet de combattre efficacement la syncope respiratoire en enlevant une ou plusieurs bandes au moment de l'accident. Le sang exclu se remet en circulation et comme il est au 0 de concentration chloroformique, il opère une dilution favorable au détitrage du bulbe. De plus, comme il s'est chargé d'acide carbonique pendant qu'il était exclu, il agira sur le centre respiratoire en l'excitant.

Les inconvénients sont de peu d'importance, ce sont des fourmillements, des engourdissements, une légère parésie des petites ecchymoses de la peau qui disparaissent rapidement.

On a accusé la méthode de provoquer des phlébites, M. Delagénière en a observé quatre cas dans ses 1.179 opérations et il n'ose pas les attribuer à l'emploi des bandes.

Comme contre-indications, M. Delagénière n'admet que certains cas de myocardites ou de lésions valvulaires. Peut-être encore certaines infections générales. En revanche, il considère comme des indications absolues toutes les maladies des reins et du foie et avant tout l'alcoolisme.

REVUE CLINIQUE

Les purpuras, d'après une leçon du professeur agrégé Guillain (*Médec. Pratic.*).

Il est peu d'affections qui montrent comme les purpuras la profonde séparation existant entre la lésion objective et la maladie elle-même. Il faut dire « les purpuras » et non « le purpura »; tout l'historique de la question tient dans cette différence de terminologie. Les dermatologistes, en définissant et en décrivant la lésion élémentaire de la peau, ont fait l'unité du purpura; cette œuvre était nécessaire, mais n'était pas suffisante, et depuis une cinquantaine d'années, les purpuras sont entrés dans le cadre de la pathologie interne.

Le purpura est essentiellement constitué par des efflorescences cutanées, qui sont en quelque sorte la projection en dehors d'états infectieux, d'intoxications ou de lésions hématiques.

Étude dermatologique de la lésion. — Objectivement, le purpura est caractérisé par des hémorrhagies cutanées, donnant lieu à des ta-

(1) Notes recueillies par le Dr Blondin au cours du 31 mai 1911, à la Faculté de Médecine de Paris.

ches rouges, se développant *en peau saine*, et *ne disparaissant pas par la pression*. En clinique, on différencie aisément les taches purpuriques des érythèmes, par le procédé dit de la lame de verre, ou vitropression : tandis que la pression d'une lame de verre appliquée sur la tache la fait disparaître si l'on a affaire à un érythème, la tache persiste malgré la pression si l'on a affaire au purpura.

Le purpura se présente sous trois aspects :

Les pétéchies, petites taches, punctiformes, lenticulaires ;

Les ecchymoses, plus larges et plus irrégulières ;

Et les *vibices*, disposées en stries allongées.

La coloration, rouge le premier et le second jour, se modifie les jours suivants, et passe au jaune violet : il se produit au niveau de la lésion hémorragique de la biligénie hémolytique locale, formation de pigments biliaires et d'urobiline aux dépens du sang extravasé, comme cela se passe à la suite d'hémorragies dans la plèvre ou le péritoine.

On peut distinguer différentes variétés de purpuras : tantôt le purpura est *simple*, peu saillant, tantôt il est *saillant*, d'aspect noduleux, tantôt *bulleux*, tantôt il s'accompagne d'œdème, on le dit alors *urticans*. Cette dernière forme de purpura urticans apparente les purpuras aux urticaires ; il y a en effet, d'après Brocq, peu de différences entre ces deux lésions.

La *localisation* des éléments purpuriques varie suivant les malades : ou bien ces éléments sont disséminés sans ordre, ou bien ils semblent suivre le trajet des nerfs, affectant une disposition tronculaire, ou métamérique.

Enfin, on donne le nom de *purpura simplex* aux formes qui se caractérisent surtout par des hémorragies cutanées, et de *purpura hemorrhagica* aux formes plus graves où l'on observe en même temps que les taches cutanées des hémorragies internes, de l'œsophage, ou du tube digestif.

Anatomie pathologique de l'élément purpurique. — Microscopiquement, le purpura vrai présente la particularité de se produire toujours, comme nous l'avons dit, en peau saine : on constatera, par conséquent, l'intégrité de l'épiderme et des cellules génératrices qui restent normales, et dans le derme, on découvrira des globules rouges issus des vaisseaux rompus et formant autour de ces derniers de petits foyers hémorragiques.

Quelques jours après, on constatera au même niveau, la présence de pigment ocre et de pigments biliaires.

Etude clinique. — Les types cliniques du purpura se présentent sous les aspects les plus divers. On décrit des purpuras de causes locales ou de causes générales, des purpuras primitifs ou secondaires. Cette dernière division est, il faut le dire, essentiellement artificielle et fausse, car il n'y a pas de purpuras primitifs, il n'y a que des purpuras dont la cause est plus ou moins facilement reconnue : on admet cependant cette division factice pour la commodité de la description.

I. — Purpuras dits secondaires.

Purpuras de causes locales. — Ces purpuras sont très variés. Dans les services de chirurgie, lorsqu'on enlève un appareil plâtré après consolidation d'une fracture de jambe, par exemple, on peut constater, par suite de la décompression due à l'enlèvement de l'appareil des taches purpuriques sur la jambe du malade.

Chez une accouchée ayant eu une phlébite du membre inférieur, on pourra de même observer du purpura au niveau des tissus œdématiés.

De même, chez un cardiopathe dyspnéique, à la suite d'une crise d'asystolie avec œdème des membres inférieurs, le purpura est possible.

Gaucher a décrit également, chez les vieillards angio-scléreux, un purpura dû à une mauvaise circulation.

Dans ces différents cas, on peut admettre que le purpura est de cause locale.

Purpuras dans certaines maladies nerveuses. — Chez les tabétiques ayant en des douleurs fulgurantes, on peut constater l'apparition de taches au niveau des points douloureux. De même, dans la sclérose en plaques avec paraplégie spasmodique, et dans les névrites alcooliques des membres inférieurs, on admet d'ordinaire que la lésion du système nerveux conditionne la lésion cutanée. Il faut reconnaître cependant que ces purpuras d'origine nerveuse semblent aujourd'hui infiniment plus rares qu'il y a une vingtaine d'années et l'on peut se demander si cette différence ne tient pas à ce qu'autrefois on administrait beaucoup plus l'iodure de potassium à hautes doses dans la plupart des maladies nerveuses. Le purpura n'était-il pas simplement symptomatique d'une intoxication par l'iode ?

Il faut également faire les plus grandes réserves en ce qui concerne le *purpura hystérique*. Nombreux étaient les cas de taches, de stigmates, ou d'hémorragies spontanées survenant chez les hystériques. Depuis que sous l'influence de Babinski, on a fait, pour ainsi dire, la révision de ces cas, et que l'on surveille mieux les hystériques, on n'observe plus ces hémorragies spontanées vraisemblablement dues à la simulation, et on a pu les rayer de la symptomatologie de l'hystérie.

Purpuras dans les intoxications. — L'absorption de certains médicaments est suivie de purpura chez les individus prédisposés, par suite d'idiosyncrasies mal connues : le salicylate de soude, la quinine, l'antipyrine, le chloral, l'arsenic, l'iodure de potassium par exemple. Fournier a décrit un purpura iodique ordinairement limité aux membres inférieurs.

Purpuras dans les auto-intoxications. — Dans cette catégorie, on peut ranger les manifestations purpuriques, survenant à la suite des néphrites chroniques, de cirrhoses alcooliques, tuberculeuses ou syphilitiques du foie, ou de certaines affections des capsules surrénales.

Purpuras dans les maladies infectieuses. — Pagliano l'a décrit après une stomatie ulcéro-membraneuse ; Legendre après une amygdalite à streptocoques ; Achard après une pneumonie ; on l'a observé après la blennorrhagie, la méningite cérébro-spinale ou la fièvre typhoïde ; mais les purpuras infectieux les plus fréquents sont les purpuras des tuberculeux. La tuberculose aiguë ou chronique peut provoquer son apparition : dans le cas de tuberculose chronique, les poussées purpuriques coïncident souvent avec les poussées de la tuberculose. Le purpura prétuberculeux est moins bien connu : il a été comparé à l'albuminurie prétuberculeuse, mais, en réalité, il est comme les autres de nature tuberculeuse, les malades chez lesquels il se montre sont déjà des tuberculeux, bien que la bacillose ne soit pas encore chez eux cliniquement démontrée.

II. — Purpuras dits primitifs.

Les purpuras primitifs se présentent sous diverses modalités cliniques, que nous étudierons successivement, par ordre de gravité croissante :

I. — *Maladie de Werlhof.* — La maladie de Werlhof a été diversement interprétée par certains auteurs ; cela tient sans doute à ce que les descriptions qu'on en a faites étaient plus ou moins fidèles. Si l'on se reporte à la description même qu'en donne Werlhof (praticien allemand, exerçant à Hanovre vers 1730), dans le journal qu'il avait fondé à Nuremberg, on constate que cette forme de purpura existe réellement. « Une fille adulte, robuste, dit à peu près Werlhof, est prise, sans cause manifeste, au moment de ses règles, de saignement de nez et d'hématémèse. En même temps, apparaissent sur les membres inférieurs, sur les bras et sur le cou, des macules noires, violacées ou pourprées. On observe une prostration notable des forces, les taches augmentent, les hémorragies persistent pendant quelques jours et, sous l'influence du quinquina et du laudanum, une amélioration se produit et la guérison survient sept jours après le début.

La maladie de Werlhof est une affection des enfants et des adultes jeunes, elle survient sans prodromes, se manifeste par des hémorrhagies nasales ou buccales, puis le lendemain par des ecchymoses étendues et une sensation de courbature caractéristique. Le sujet est comme *roué de coups* (ce fait joint à la présence d'ecchymoses sur le corps peut avoir une importance en médecine légale, les parents des malades pouvant intenter des procès pour coups et blessures). Peu ou pas de fièvre, et guérison complète du huitième au quinzième jour.

II. — *Purpura rhumatoïde.* — C'est la forme la plus commune, on l'appelle encore *p. exanthématique*, *rhumatismal* (Du Castel), *péliose rhumatismale* (Schönlein), p. *myélopathique* (Faisans). Il survient chez les enfants et les adultes jeunes à la suite d'une fatigue, se manifeste d'abord par des douleurs vagues, un peu de malaise, une fièvre légère, puis l'éruption paraît. Cette forme est caractérisée par l'éruption pétéchiale, le syndrome pseudo-rhumatismal et des phénomènes gastro-intestinaux.

L'éruption siège à la partie inférieure du corps, sur les jambes et les cuisses, elle procède *par poussées successives*; ce qui allonge la durée de la maladie et ces poussées éruptives sont influencées par la station debout.

Les hémorrahgies internes (hématémèse ou melæna) sont d'ordinaire peu importantes ; il faut les rechercher, on parvient à les déceler en pratiquant dans les selles du malade la réaction de Weber ou la réaction de Meyer.

Le syndrome pseudo-rhumatismal se manifeste par des douleurs localisées aux articulations des membres, un peu de gonflement périarticulaire ou articulaire.

Les troubles gastro-intestinaux sont ordinairement au second plan, la langue est un peu sale, il y a un peu de constipation ou de diarrhée ; mais, il y a parfois des *phénomènes pseudo-appendiculaires*, et le diagnostic peut être d'autant plus délicat que souvent il y a peu d'éruption cutanées ; on a signalé l'erreur possible avec l'occlusion ou l'invagination intestinale et avec l'appendicite.

III. — *Typhus angio-hématique* (Landouzy) ou *purpura infectieux primitif hémorrhagique.* — Ce purpura débute par des phénomènes typhoïdes, précédant l'éruption, les hémorrhagies internes, et le gonflement douloureux des articulations. L'état général est très grave, la fièvre atteint 39° ou 40° ; on peut observer des phlébites, des méningites, des pleurésies purulentes.

IV. — *Purpura fulminans* (de Henoch). — Hutinel a rapporté l'observation d'un enfant de 12 ans, pris brusquement de vomissements bilieux et alimentaires, de douleurs et de fièvre ; le lendemain il avait des pétéchies et des ecchymoses, le purpura se généralisait, la fièvre montait à 40°, le pouls à 160, l'enfant entrait dans le coma, et, quarante heures après le début, il était mort. Telle est la marche foudroyante du purpura fulminans, heureusement peu fréquent, mais toujours mortel.

V. — *Purpura avec hémorrhagie des capsules surrénales.* — Les jeunes enfants qui sont atteints de cette forme également redoutable ont de la fièvre, de la diarrhée, des vomissements, des taches purpuriques, de l'asthénie, du refroidissement et de l'*hypothermie*. La mort sur-

vient rapidement, et ce n'est qu'à l'autopsie qu'on constate l'hémorrhagie des capsules surrénales. La terminaison fatale dans ces cas exceptionnels est due à une insuffisance brusque et rapide des capsules surrénales.

LÉSIONS SANGUINES. — Quelle que soit la forme du purpura, il existe des lésions sanguines qui se traduisent par des troubles de coagulation, et par la réaction myéloïde.

Troubles de coagulation. — On observe le plus souvent un retard de la coagulation et la non rétractilité du caillot.

Réaction myéloïde. — Cette réaction myéloïde est plus faible que dans la leucémie, elle est cependant assez nette : on trouve dans le sang quelques hématies nucléées et quelques éosinophiles. Ces modifications ne semblent pas avoir une très grande valeur ; elles se retrouvent dans beaucoup d'infections on d'intoxications et ne suffisent pas à différencier les vrais et les faux purpuras. Les troubles de coagulation sont plus importants et montrent la parenté existant entre les purpuras et l'hémophilie (1).

DIAGNOSTIC. — Il faut faire le diagnostic de la lésion et le diagnostic de la maladie.

Le diagnostic de la lésion est facile ; les nævi sont congénitaux, permanents, et moins nombreux que les taches de purpura.

Les piqûres de puces ne s'accompagnent pas de symptômes généraux.

Les érythèmes disparaissent sous la vitropression.

Le diagnostic de la maladie, facile dans le purpura simplex, est difficile dans les formes graves. En temps d'épidémie, l'évolution seule permettra le diagnostic avec les formes hémorrhagiques de la rougeole, de la scarlatine ou de la variole. Quand les symptômes généraux sont très marqués, on pensera à la fièvre typhoïde (séro-réaction), ou paratyphoïde, au typhus exanthématique.

Nous avons signalé déjà l'importance du *diagnostic médico-légal* avec les ecchymoses traumatiques. Descouts a rapporté une observation embarrassante où l'autopsie seule permit d'écarter une accusation d'homicide, grâce aux hémorrhagies viscérales qui confirmèrent le diagnostic de maladie de Werlhof.

PATHOGÉNIE. — L'anatomie pathologique ne donne aucun renseignement au point de vue pathogénique.

La clinique montre le rôle de certaines intoxications et on a pu découvrir divers microbes dans le sang, streptocoques (Widal), pneumocoques (Hutinel), colibacilles et microbes anaérobies, qui prouvent la nature infectieuse des purpuras.

La localisation des taches sur le trajet des nerfs, ou leur disposition métamérique avaient conduit à l'hypothèse d'une origine nerveuse. Brissaud avait même admis une lésion de la moelle, et avait fait du purpura une maladie du métamère au même titre que le zona. La comparaison entre ces deux affections n'est pas possible : en effet, la localisation radiculaire n'existe pas dans le purpura et on ne retrouve pas comme dans le zona, de lésions médullaires au niveau des racines et des ganglions postérieurs. Si le purpura suit parfois les trajets nerveux, cette localisation paraît très secondaire.

En réalité, les lésions viscérales les plus fréquentes dans les purpuras sont les lésions du foie. Cette affection est fréquente chez les cirrhotiques alcooliques, tuberculeux ou syphilitiques, dans les intoxications ou infections accompagnées de lésions du foie comme l'empoisonnement par le phosphore ou l'arsenic, ou la fièvre jaune. D'autre part, Grenet a souvent observé chez les purpuriques, l'insuffisance hépatique et la glycosurie alimentaire. Le foie joue un grand rôle dans la formation du fibrinogène et dans la coagulation du sang.

Grenet a constaté qu'en ligaturant, chez l'animal, le pédicule hépatique et en injectant dans la moelle épinière du sang de purpurique, on pouvait créer le purpura chez l'animal en expérience. On peut donc admettre que le développement des purpuras est régi par trois facteurs : une lésion hépatique, une lésion du système nerveux et une infection ou une intoxication. On conçoit sans peine l'importance de ces données pathogéniques pour ce qui concerne le traitement.

TRAITEMENT. — Tant que l'on considéra le purpura comme une lésion cutanée, on eut recours aux médicaments externes, aux hémostatiques, et les résultats furent à peu près nuls.

Le purpura fut considéré ensuite comme une affection rhumatismale, et l'on s'adressa alors, sans grands succès du reste, aux antithermiques salicylate de soude, aspirine, salol.

Puis le purpura fut assimilé aux maladies du sang et à l'hémophilie ; on employa alors les sels de chaux (Wright de Londres), le chlorure ou le lactate de calcium à la dose de deux à trois grammes par jour ; la propeptone à la dose de dix à vingt centimètres cubes de solution à cinq pour cent, et les *injections de sérum animal ou de sérum diphtérique*. Ces injections de sérum diphtérique employées dans les cas graves ont donné de très bons résultats à Em. Weil, à Launois et Morestin, à Nobécourt et Tixier.

L'adrénaline, essayée par Deckers (de Bruxelles), par Lœper, par Schlesinger (de Vienne), par M. Labbé, a donné également de brillants succès. L'adrénaline est employée en solution à un pour mille sous forme de chlohydrate ; on a pu guérir des purpuras graves, en injectant pendant trois ou quatre jours, quotidiennement, un centimètre cube de cette solution.

Enfin, bien qu'elle ait été encore peu expérimentée jusqu'à présent dans le purpura, l'*opothérapie hépatique* semble un mode de traitement rationnel et qui peut être utilement conseillé.

(1) Le Dr Guillain a étudié longuement ces lésions sanguines dans ses précédentes leçons.

REVUE D'HYGIÈNE

La défense contre le choléra.

Les mesures de défense contre le choléra aux frontières terrestres et à l'intérieur du territoire ont été édictées et précisées par le décret du 1er août 1910 et les circulaires des 16 et 23 juin 1911.

Ces mesures prises sur l'avis conforme de la section permanente du conseil supérieur d'hygiène publique de France, consistent essentiellement :

1° Dans la surveillance des voyageurs entrant par les gares frontières en provenance des régions contaminées, pour permettre d'isoler, le cas échéant, les personnes atteintes d'affections suspectes;

2° Dans la déclaration par les hôteliers des voyageurs arrivant des mêmes régions ;

3° Dans la déclaration aux maires de tout cas de maladie soupçonnée être le choléra;

4° Dans la désignation pour chaque département d'un délégué chargé de diriger l'application de toutes les mesures prophylactiques utiles et responsable de leur exécution sous l'autorité du préfet et du ministre;

5° Dans l'interdiction de l'importation des objets ou produits tels que vêtements, linge, chiffons, provenant des régions atteintes.

Conformément à ces dispositions, les départements frontières ont installé sur les points de pénétration des voies ferrées, notamment à Vintimille, Menton, Modane et Delle, des postes de surveillance spéciale placés sous l'autorité du délégué départemental et sous la direction immédiate des commissaires spéciaux, secondés par les chefs de gare, les agents et les conducteurs de train, le personnel des douanes. Tout voyageur atteint d'affection pouvant présenter les symptômes du choléra serait signalé, arrêté et isolé avec tous les égards et soins nécessaires, soit à l'entrée en France, soit en cours de route, soit à son point d'arrivée.

Les bagages seraient mis à part et désinfectés.

Dès qu'un cas simplement suspect est constaté, le maire doit immédiatement :

1° Informer par la voie la plus directe le délégué départemental;

2° En attendant l'arrivée de celui-ci, prendre, de concert avec le médecin traitant, les premières mesures provisoires; assurer de façon stricte, rigoureuse, absolue, l'isolement du malade et de toutes les personnes ayant un contact avec lui (parents, domestiques, personnes travaillant ou logeant en commun). Cet isolement se fera si possible à domicile, mais sous contrôle, avec planton à la porte.

Pendant cette surveillance, l'eau d'alimentation dont se servaient les habitants de la maison et ceux du voisinage doit être considérée comme suspecte, le puits et les puits voisins strictement interdits à titre provisoire dans tout le quartier ; l'usage de l'eau bouillie est instamment recommandé.

Le délégué départemental doit arriver sur place par les voies les plus rapides. Il vérifie les mesures de prophylaxie ordonnées par le maire et les fortifie, s'il y a lieu. Il fait, à fin d'analyse bactériologique, un prélèvement de matières fécales et un prélèvement de l'eau d'alimentation. S'il y a une probabilité sérieuse de se trouver en face d'un cas de choléra, des mesures analogues sont prises à l'égard des diverses personnes mises en surveillance.

En résumé, ainsi que cela résulte de cet exposé, les mesures de défense contre le choléra consistent essentiellement dans la connaissance du premier cas pour permettre immédiatement l'isolement et l'application des autres mesures prophylactiques destinées à circonscrire la maladie.

En ce qui concerne les frontières maritimes, les mesures de protection sanitaire sont applicables d'une façon permanente en vertu des règlements sur la police sanitaire maritime (décret du 4 janvier 1906) et des conventions sanitaires internationales.

Ces mesures sont, notamment, les suivantes : inspection des navires, visite médicale des passagers et de l'équipage, isolement et mise en observation des malades et des suspects, et s'il y a lieu, délivrance de passeport sanitaire et avis aux maires des communes où se rendent les passagers.

REVUE DE BIOLOGIE

De la vaccination par la voie intestinale contre l'infection pyocyanique.

MM. J. Courmont et A. Rochaix (de Lyon), montrent qu'on peut vacciner le lapin contre l'infection pyocyanique intraveineuse en introduisant préalablement à cet animal, dans le gros intestin, par lavements, plusieurs centaines de centimètres cubes de culture complète de bacille pyocyanique tuée à + 60°. Ces animaux inoculés résistent au bout d'un mois, tandis que les témoins succombent.

Les auteurs avaient déjà fait cette démonstration pour le bacille d'Eberth. Cette méthode de vaccination, par lavements de culture tuée paraît donc susceptible de généralisation.

Formation de substances albuminoïdes dans les charcuteries, par MM. Marbel et Arnaud.

1° Les charcuteries contiennent toujours une certaine quantité d'albuminose ; 2° leurs quantités vont en augmentant, tant que les charcuteries restent fraîches ; 3° une partie de ces substances peut bien se former aux dépens de la gélatine, mais une autre partie doit se former aux dépens des autres albuminoïdes ; 4° il est probable que cette formation est due à la présence des microbes constatés dans ces charcuteries ; 5° il est probable aussi que certaines intoxications provoquées par des charcuteries sont dues à ces albuminoses ; 6° enfin, s'il en est ainsi, il doit être possible d'éviter ces accidents, en surveillant mieux leur confection, en les antiseptisant par la chaleur et enfin en les maintenant dans de meilleures conditions de conservation.

(*Soc. de biol.*).

Contribution à l'étude du traitement du tétanos expérimental.

M. Jean Camus a traité dix groupes de chiens à la période de contractures tétaniques par les injections de sérum antitétanique, soit sous-cutanées, soit intraveineuses.

Les effets thérapeutiques sont plus facilement appréciables chez le chien que chez les petits animaux qui succombent trop rapidement à l'atteinte du bulbe par la toxine tétanique. Le chien, par contre, peut survivre après avoir présenté des symptômes bulbaires : trismus, contracture des muscles de la face, troubles de la déglutition, etc. Tous les chiens traités, en moyenne quarante-huit heures après l'injection de toxine, par le sérum antitétanique en injection intraveineuse ou sous-cutanée ont eu une survie notable sur les témoins et quelques-uns ont guéri.

(*Soc. de biol.*).

Signification de l'électrocardiogramme, par M. Vaquez.

D'après certains auteurs, Nicolaï entre autres, les tracés électrocardiographiques seraient capables de nous renseigner sur la valeur de l'énergie ventriculaire. Pour d'autres, ils n'auraient aucun rapport avec elle et ils seraient plutôt l'expression des actes électro-chimiques qui préparent la contraction. M. Vaquez présente des tracés qui ne confirment pas l'opinion de Nicolaï. Des électrocardiogrammes recueillis chez des sujets atteints de dissociation auriculoventriculaire complète ou offrant la forme typique de pouls alternant, montrent que des variations considérables de l'énergie ventriculaire, prouvées par les cardiogrammes, sont cependant incapables d'influencer les tracés électrocardiographiques.

(*Soc. de Biol.*)

REVUE D'UROLOGIE

Sur les phosphates et chlorures de l'urine ; appréciation rapide d'un excès de phosphates et d'une insuffisance de chlorures dans les urines, par MM. Lucien Danzel et F. Huray.

I. Excès de phosphates

Il est souvent utile, parfois indispensable pour le médecin de se rendre compte immédiatement si son malade n'élimine pas, par les urines, un excès de phosphates. Voici une méthode rapide pour déceler cet excès de phosphates :

Verser dans un tube à essai 4 centimètres cubes d'urine, ajouter quelques gouttes de teinture de cochenille, porter à l'ébullition et ajouter 1 centimètre cube de liqueur titrée d'acétate d'urane à 1 centimètre cube = 1 centigramme d'acide phosphorique, PO^4H^3.

S'il se produit une coloration verte, il y a excès de PO^4H^3; si la liqueur reste rose, le taux de PO^4H^3 est inférieur ou au plus égal à la normale.

En effet, 1 centimètre cube de liqueur d'acétate d'urane précipite 1 centigramme d'acide phosphorique dans les 4 centimètres cubes d'urine employés, ce qui correspond exactement à 2 gr. 50 de PO^4H^3 par litre, c'est-à-dire la quantité moyenne d'acide phosphorique contenu dans un litre d'urine normale.

II. Insuffisance de chlorures

Il arrive quelquefois que certaines urines, par suite d'un régime déchloruré ou d'une affection à retentissement rénal ne renferment plus qu'une quantité très faible de chlorures.

D'autre part, dans la recherche de l'albumine urinaire, lorsqu'une urine renferme une quantité de chlorures inférieure à la normale, on ne se trouve plus en présence d'une concentration suffisante en sels nécessaire à la coagulation de l'albumine, surtout si celle-ci est en faible proportion (on obvie à ce défaut en ajoutant, avant de chauffer l'urine, une petite quantité d'une solution saturée de chlorure de sodium ou de sulfate de magnésie).

Il est donc nécessaire de s'assurer rapidement d'une insuffisance de chlorures dans l'urine examinée; ce qui peut se faire de la façon suivante :

Prélever 10 centimètres cubes d'urine, les additionner de quelques gouttes d'une solution de chromate jaune de potasse, puis de 1 centimètre cube de solution décinormale de nitrate d'argent. S'il se forme, après agitation, un précipité rouge (chromate d'argent), l'urine examinée renferme une quantité de chlorures inférieure à la normale; si la liqueur reste jaune, la quantité de chlorures éliminés est égale ou supérieure à la normale.

En effet, dans un litre d'urine normale, la quantité de chlorures contenus, exprimée en NaCl, est d'environ 12 grammes; et 1 centimètre cube de solution décinormale de nitrate d'argent précipite dans les 10 centimètres cubes d'urine employés une quantité de NaCl sensiblement égale à la normale (exactement 11 gr. 70 centigr. par litre).

Ces essais rapides n'ont pas la prétention de remplacer des dosages, loin de là ; en leur attribuant des avantages qu'ils n'ont pas, ils pourraient devenir des causes d'erreurs dont l'une des principales serait de ne pas tenir compte du volume des urines émises en 24 heures.

Ils n'ont d'autre but que de mettre à la disposition du chimiste ou du médecin un procédé facile, ne nécessitant pas de matériel spécial. Il est même excessivement simple de graduer, une fois pour toutes, deux tubes à essais : l'un, pour chlorures; l'autre, pour phosphates, à la façon du tube d'Esbach pour l'albumine, mais sans tenir compte de l'abondance des précipités formés.

Ces deux sortes d'essais ont surtout l'avantage, et cela paraît en justifier la publication, d'indiquer immédiatement sur quel point il faut faire porter le dosage chimique, rigoureux et complet, selon qu'ils décèleront ou non un excès de phosphates ou une insuffisance de chlorures dans des urines pathologiques.

CARNET DU PRATICIEN

Anesthésie locale

1° *Formule du professeur Reclus*:

Sérum physiologique........	100 grammes
Novocaïne..................	0 gr. 50
Adrénaline à 1 0/00........	XXV gouttes

La toxicité de la novocaïne est extrêmement faible, ce qui permet d'injecter des doses assez considérables. L'anesthésie dure une heure environ. Le malade ne doit pas être à jeun, doit être opéré couché et ne doit se lever qu'après avoir avalé un bol de lait ou de bouillon.

2° *Formule de Haab (modifiée par Brunetière)*:

Chlorhydrate de cocaïne.....	0 gr. 15
Eucaïne.....................	0 gr. 20
Adrénaline..................	V gouttes
Eau.........................	10 grammes

Traitement des pigmentations cutanées d'origine génitale chez la femme

Appliquer : 1° le soir, sur une mousseline recouverte d'un taffetas gommé :

Onguent de Vigo.......	15 grammes
Vaseline..............	15 —

2° Le jour la pommade suivante :

Carbonate de bismuth.......	10 grammes
Kaolin.....................	10 —
Vaseline...................	40 —

ou bien toucher matin et soir les parties pigmentées avec un pinceau trempé dans le mélange :

Chlorhydrate d'ammoniaque..	4 grammes
Acide chlorhydrique médicinal	5 —
Glycérine..................	30 —
Lait virginal..............	50 —

ou encore, frictionner deux fois par jour avec :

Beurre de cacao............	75 grammes
Huile de ricin.............	75 —
Oxyde de zinc par..........	0 gr. 30
Essence de rose............	0 gr. 15
Oxyde mercurique...........	III gouttes

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 17.500 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 35, rue J.-J. Rousseau
Le Gérant : Docteur Lucien-Graux.

ÉCHOS

Distinctions honorifiques

LÉGION D'HONNEUR. — *Chevalier.* — MM. les docteurs Pousson, à Bordeaux ; Béclère, Broca, Legueu, Caboche, à Paris ; Mangenot, Fontboynont, à Tananarive ; Savignac, médecins-major de 1[re] classe des troupes coloniales ; Deniau, Bonain, médecins de 1[re] classe de réserve de la marine ; Boyer, à Lyon ; Bretean, à Bouloire (Sarthe) ; Fabre, à Astaffort (Lot-et-Garonne) ; Grinda, médecin-major de 2[e] classe de l'armée territoriale ; Fleyssac, à Lavinadieu (Corrèze) ; Dieude-Fauvel, à Villeneuve-sur-Lot (Tarn-et-Garonne) ; Chabaneix, médecin-major de 1[re] classe ; Dupny, médecin-major de 2[e] classe ; Wibratte, médecin aide-major de 1[re] classe.

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES. — *Médaille d'argent.* — MM. les D[rs] Badin, Ermenge, à Paris.

Médaille de bronze. — MM. Lemmet, à Boghari ; Massonet, à Gouraya ; Triollet, à Corneille ; Casanova, à Hammam-bon-Hadjar ; Faucerotte, interne en médecine à l'hôpital d'Oran ; L. Bloch-Michel, à Paris ; Duranx, Wallermann, internes de Saint-Lazare ; Deffins, Rollot, externes des hôpitaux de Paris ; Hardouin, étudiant en médecine ; Boisnet, externe des hôpitaux de Nancy.

Mention honorable. — MM. les D[rs] Savin-Vaillant ; Castelli, à Alger ; Capot de Gnissac, à Paris.

SERVICES RENDUS A LA MUTUALITÉ. — *Médaille d'argent.* — M. le docteur Clada, à Souk-Ahras.

Médaille de bronze. — M. le docteur Espérandien, à Souk-Ahras.

Mention honorable. — MM. les docteurs Vidal, Hugues, à Alger ; Rnel, à Oran ; Mesgniche, à Souk-Ahras.

Promotions

Sont promus de la seconde à la première classe ; MM. les professeurs titulaires de la Faculté de Médecine de Paris : MM. Prenant, professeur d'histologie ; Widal, professeur de pathologie interne ; Thoinot, professeur de médecine légale.

Sont également promus : de la 2[e] à la 1[re] classe ; MM. Weiss, Spillmann, professeurs à la Faculté de médecine de l'Université de Nancy ; Lacassagne, professeur à la Faculté mixte de médecine et pharmacie de l'Université de Lyon ; Imbert, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.

De la 3[e] à la 2[e] classe : MM. Demons, Ferré, Blarez, professeurs à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux ; Teissier, Poncet, professeurs à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon ; Vuillemin, professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Nancy ; Vialleton, professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier ; Combemale, Lambling, professeurs à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille

De la 4[e] à la 3[e] classe : MM. Lefour, Denncé, Pousson, professeurs à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux ; Bézy, Audry, professeurs à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse ; Pollosson, Jaboulay, professeurs à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon ; M. Bouin, professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Nancy ; Focken, professeur à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille ; Boso, Vallois, professeurs à la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier.

Augmentation du nombre des médecins militaires

LOI portant augmentation du nombre des médecins militaires arrêté par la loi du 15 avril 1904.

Le Sénat et la Chambre des députés ont adopté, Le Président de la République promulgne la loi dont la teneur suit :

Article unique. — Le tableau arrêté par la loi du 15 avril 1904 et portant fixation du cadre des médecins militaires est remplacé par le suivant :

Médecins inspecteurs généraux	5
Médecins inspecteurs	20
Médecins principaux :	
De 1[re] classe	50
De 2[e] classe	95
Médecins majors :	
De 1[re] classe	370
De 2[e] classe	580
Médecins aides-majors de 1[re] et de 2[e] classe (y compris les élèves de l'école du service de santé militaire)	590
Total	1.710

La présente loi, délibérée et adoptée par le Sénat et par la Chambre des députés, sera exécutée comme loi de l'Etat.

La lutte contre le choléra

La Commission permanente du Conseil supérieur d'Hygiène vient de se réunir au ministère de l'Intérieur, sous la présidence de M. Roux, le docteur directeur de l'Institut Pasteur.

M. Mirman, directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, a mis la Commission au courant de la situation sanitaire au point de vue du choléra dans les divers pays d'Europe et spécialement en Italie. Il a rappelé les instructions antérieurement approuvées par la Commission et selon lesquelles tout cas plus ou moins suspect doit être sérieusement examiné.

M. Mirman a ensuite fait devant la Commission l'historique détaillé des cas constatés à Marseille ; il a déclaré qu'aucun cas nouveau n'avait été signalé depuis le 20 juillet ; il a fait connaître la promptitude et l'énergie avec lesquelles les mesures prescrites par les instructions ministérielles avaient été exécutées, et il a demandé à la Commission d'examiner si des mesures complémentaires devaient être prises.

La Commission a indiqué les points sur lesquels l'attention des autorités locales devait être à nouveau attirée de façon plus spéciale : elle a été unanime à considérer que c'était sur place, dans chaque ville où des cas se produiraient éventuellement, étincelle projetée par un foyer épidémique du Nord, que les moyens de défense locale devaient être appliqués avec le plus de vigilance, et qu'il n'y avait, d'ailleurs, aucune prescription subtantielle à formuler en dehors de la stricte observation par tous du décret du 1[er] août 1910 et de la circulaire du 16 juin 1911.

Elle a émis le vœu que M. le D[r] Jules Renault, conseiller technique sanitaire du ministère de l'Intérieur, soit envoyé dans les départements du Midi pour examiner l'organisation de la surveillance locale. (Le D[r] Jules Renault s'y est rendu immédiatement.)

Il a été parlé au cours de la séance d'un fait signalé le jour même. Un cas de choléra asiatique ayant été constaté au cap Matifon, en face d'Alger, des mesures d'isolement des plus rigoureuses ont été immédiatement prises à l'égard des personnes qui avaient approché le malade.

Or, sur une de ces personnes, parfaitement valide et ne présentant aucun symptôme alarmant, on a reconnu des germes du choléra, qui auraient certainement échappé aux examens des médecins si l'isolement n'avait pas été ordonné.

La vaccination contre la fièvre typhoïde

M. Messimy, ministre de la Guerre, a confié au professeur Chantemesse et au médecin principal Vincent la mission d'aller installer parmi les troupes de la frontière algéro-marocaine la méthode de la vaccination antityphoïdique.

Cette vaccination préventive a rendu, en ces derniers temps, de grands services dans les armées étrangères, anglaise, allemande, américaine, et le principe a été établi, comme on sait, par les expériences de MM. Chantemesse et Widal faites au laboratoire du professeur Cornil, en 1888.

Cette décision du Ministre a été prise pour répondre à un vœu du Service de santé de la province d'Oran, vœu soumis par le médecin-inspecteur Février, directeur du Service de santé de l'armée à la Commission facultative d'hygiène et d'épidémiologie militaires qui a donné un vote très approbatif.

Comme dans les armées étrangères, cette vaccination sera entièrement facultative.

Voici que, pour la première fois en France, la défense contre la fièvre typhoïde, qui intéresse à un si haut degré la santé publique, vient d'entrer dans une phase nouvelle qui laisse prévoir un bénéfice de vies humaines inattendu et même inespéré dans notre pays.

Les fromages touaregs.

Au cours de la dernière séance de l'Académie des Sciences, M. le professeur Muntz a présenté une note de M. de Gironcourt, ingénieur agronome et d'Agriculture coloniale, chargé de mission du Ministre des Colonies, qui a rapporté de sa dernière mission en Afrique occidentale d'importants documents en géographie, archéologie, anthropologie, botanique, technologie, etc.

Cette note est relative à des échantillons de fromage fabriqué par les Touaregs du Moyen Niger figurant parmi la série des produits d'alimentation indigène rapportés de cette mission.

Ce fromage, soumis à l'analyse de MM. L. Ammann, le D[r] Heim et Sartory, a révélé un degré de dessiccation non signalé encore sur de tels produits, ce qui lui assure une conservation pour ainsi dire indéfinie et le rend transportable à grande distance. La maturation de la pâte n'est qu'ébanchée ; sous l'action des germes mycotiques, les principes nutritifs se sont maintenus au sein de la masse avec leur valeur intégrale. La haute teneur en beurre et en matière azotée (insoluble) en fait une matière alimentaire des plus appréciables pour les populations indigènes.

Ce fromage des Touaregs représente un produit fort intéressant des régions semi-désertiques sahariennes s'étendant de la Mauritanie au Tchad, dont la fabrication ne peut que s'accroître avec le développement du bien-être car il constitue une matière d'échange très précieuse pour les nomades.

REVUE FINANCIÈRE

La Bourse avait été la semaine dernière franchement mauvaise. Il semble que les cours les plus bas aient été atteints. D'autre part les liquidations de positions ont été très nombreuses et le marché est en excellente posture.

Si, comme tout le fait présager, les nouvelles politiques sont bonnes on pourra enregistrer une hausse sensible sur tout le marché bien qu'il ne faille pas envisager de grosses transactions à cette période de l'année. A.-S. WEIL.

Erratum. — Dans l'article « Autour de l'Internement » paru dans notre numéro du 25 juillet, p. 235, première colonne, entre la ligne 21 et la ligne 22, une ligne tombée rend peu compréhensible l'alinéa auquel elle appartient. Au lieu de « malade qu'à ses constatations personnelles ils serviront », il convient de lire « malade qu'à ses constatations personnelles, ils ne peuvent nier l'exactitude des faits qui serviront... ».

82e Année (Série XIIIe) — N° 106 | Le Numéro : 25 Centimes | Mercredi 9 Août 1911

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830 paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
9, Rue Denis-Poisson, PARIS
TÉLÉPHONE : 578-40

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale......... 15 fr.
Edition Espagnole .... 10 fr.
Edition Portugaise.... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

ÉCHOS

Distinctions honorifiques.

Légion d'honneur. — *Chevalier.* — MM. Perrin, médecin major de 2e classe ; Bailly, médecin aide-major de 1re classe.

Association stomatologique internationale.

A l'occasion de la réunion du deuxième congrès français de stomatologie, l'Association stomatologique internationale a tenu ses assises dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, sous la présidence du Dr V. Galippe, membre de l'Académie de médecine. On sait que cette association a pour but de provoquer dans chaque pays les réformes législatives nécessaires pour obtenir l'unification des études médicales indispensables à l'exercice de la stomatologie.

Parmi les nombreux délégués étrangers qui assistaient à ce congrès, citons :

Le professeur Talbot (Chicago), les Drs Bogue, (New-York), Cryer (Philadelphie), Richter (Milwaukee), Fenchel (Hambourg), Breibach (Munich), Hradsky, Zsigmondy, Schenk (Vienne), le professeur de Arkœvy, les Drs Zsabo, Zilz (Budapest), Giuria (Gênes), Rotelli (Venise), Cavallaro (Florence), Franci (Sienne), Palazzo (Rome), Allaeys (Anvers), Snoeck, Deminne (Bruxelles), Rubbrecht (Bruges), Mayer (Amsterdam), Sjœberg (Stockholm), etc., auxquels s'étaient joints de nombreux médecins français faisant partie de l'A. S. I

Dans son discours d'ouverture, le Dr V. Galippe a rappelé l'idéal poursuivi par l'Association stomatologique internationale et les progrès réalisés par elle. Dans une péroraison très applaudie, il a exhorté les médecins de tous les pays à travailler au maintien de la concorde et de la paix entre les hommes et entre les peuples et à favoriser ainsi le développement ininterrompu des sciences et des progrès sociaux.

Académie royale de médecine de Belgique

M. Motais, professeur de clinique ophtalmologique à l'Ecole de médecine d'Angers, a été élu membre correspondant.

Congrès des sociétés de crémation

Le cinquième congrès international des sociétés de crémation se tiendra à Dresde, du 7 au 10 septembre, à l'occasion de l'exposition internationale d'hygiène. Parmi les questions qui y seront traitées, il convient de citer « les signes de la mort réelle et les méthodes de vérification », par le Dr Arendt, d'Anvers, et « les signes extérieurs de l'empoisonnement après la mort », par le Dr Bertrand d'Anvers. L'ingénieur en chef Arvid Knos, de Stockholm, fera une conférence sur la construction des fours crématoires.

Les médecins aliénistes

Le 21e congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française vient de se tenir à Amiens. La séance d'ouverture a eu lieu à l'Hôtel de Ville sous la présidence du Dr Deny, médecin à la Salpêtrière, assisté des délégués des ministres de l'Intérieur, de la Guerre et de la Marine, d'une quinzaine de représentants de sociétés médicales, du préfet et du président du conseil général. Le maire a souhaité la bienvenue aux congressistes. Le Dr Deny a répondu en leur nom. M. Granier, inspecteur général des services administratifs, délégué du ministre de l'intérieur, a offert les souhaits du gouvernement.

La première séance a été presque entièrement consacrée à la discussion du rapport du Dr Maillard, médecin à la Salpêtrière, qui a parlé des différentes espèces de douleurs psychopatiques. Le Dr Paugniez, d'Amiens, a présenté une série d'observations sur la suggestion par la beauté.

Les congressistes ont visité le musée de Picardie et le vieil Amiens.

Congrès homéopathique.

Le Congrès international homéopathique qui vient de tenir ses assises à Londres a obtenu un vif succès. Plus de deux cents membres venus de toutes les parties du monde y ont pris part, donnant ainsi la preuve que la réforme thérapeutique de Hanemann a poussé partout des racines profondes. Le lord-maire a tenu à assister à la grande réception offerte par le président du Congrès, le Dr George Burford, de Londres.

Les principaux membres du Congrès ont été reçus à la Chambre des Communes, où un déjeuner leur a été offert.

La France était représentée par les Drs Arnulpby et Boyer, de Paris; Gallavardin, de Lyon; Humeau, du Havre; la Russie par le Dr de Brazol, de Saint-Pétersbourg; l'Allemagne par le Dr Krautz-Busch, de Wiesbaden; l'Italie par le Dr Mattali; la Suède par le Dr de Grouleff; la Belgique par le Dr Lambrecht.

Les Indes anglaises avaient envoyé trois délégués.

Mais la délégation la plus importante était sans conteste celle de l'Amérique du Nord, avec une cinquantaine de membres, entre autres les Drs Bailey, de Chicago; Packard, de Boston; Sutherland, de New-York.

Association française d'Urologie.

La quinzième session de l'Association française d'Urologie se tiendra à Paris, à la Faculté de Médecine, du 5 au 7 octobre 1911, sous la présidence de M. le professeur Guyon.

La question mise à l'ordre du jour est la suivante: *Kystes non hydatiques du rein.* Rapporteurs : MM. Letulle (de Paris) et Brin (d'Angers).

Les membres de l'Association qui auraient une communication à faire, soit sur cette question, soit sur un autre sujet, sont priés d'en informer le secrétaire général: M. E. Desnos, 59, rue de la Boëtie, Paris (8e).

Un procès en concurrence déloyale.

Un jugement intéressant vient d'être rendu par la Cour d'appel de Paris dans une de ses récentes audiences.

Notre confrère, le Dr Rivière, dirige, comme chacun sait, un établissement physico-thérapique, au sujet duquel il a publié dans son journal, les *Annales de physicothérapie*, une annonce portant la mention « Mécanothérapie, système Zander perfectionné ».

M. le Dr Kruger qui exploite à Paris un établissement de gymnastique suédoise médico-mécanique intitulé « Institut Zander », avait obtenu en juillet 1909 un jugement interdisant à M. le Dr Rivière de prendre la désignation « Système Zander » ou « Système Zander perfectionné » dans les imprimés concernant son établissement.

La Cour d'appel a réformé complètement ce jugement et condamné M. le Dr Kruger à tous les frais de la double instance.

Extraction sans douleur

Les dentistes ont-ils le droit de mettre sur leurs plaques et leurs cartes : « Extraction sans douleur » ?

Non, vient de répondre le président du tribunal de Preston (Angleterre). Et, pour bien appuyer sa déclaration, ce magistrat a condamné M. J..., dentiste à Preston, à payer 975 francs de dommages et intérêts à une de ses clientes, nommée Lucy Sbarples, dont il avait fort maltraité la mâchoire.

Trois particularités au cours de la Varicelle

Varicelle avec Adénopathies
Varicelle avec Torticolis, Varicelle avec Prurit

Par Prosper MERKLEN

L'histoire des symptômes de la varicelle est bien établie. Le champ est moissonné au point qu'il ne reste plus guère d'épis à glaner. C'est tout au plus si l'on ramasse quelques brindilles tombées par hasard du voisinage.

Nous avons observé trois faits qui nous paraissent mériter d'être rapportés autant à titre de curiosité que de documentation.

I. — Varicelle avec adénopathies diffuses.

L'enfant F..., jeune garçon de 8 ans, a présenté le 15 novembre dernier une varicelle des plus légitimes dans son début, dans ses manifestations générales et dans ses manifestations cutanées. La température vespérale a atteint un maximum de 38°7; l'éruption est demeurée d'intensité moyenne, avec une vésicule au niveau de la face interne de la joue gauche.

De plus, en même temps que l'éruption, se sont montrées de nombreuses adénopathies, indolores, bien délimitées, nettement séparées les unes des autres, sans péri-adénite, de consistance analogue à celle des adénites diphtériques. Ces ganglions avaient leur plus grand développement dans les régions latérales droite et gauche du cou, derrière les sterno-cléido-mastoïdiens; ils fusaient entre les deux chefs de ces muscles et gagnaient les creux susclaviculaires.

Les ganglions sous-maxillaires et ceux de la nuque étaient très facilement perceptibles; plus gros encore apparaissaient les ganglions rétro-auriculaires et occipitaux, qui venaient bomber sous la peau. Les creux axillaires enfin et les aines étaient également le siège d'adénopathies multiples.

Rien d'appréciable au creux poplité, au médiastin et à l'épitrochlée.

Toutes ces adénopathie diminuèrent de volume au bout de trois ou quatre jours, les unes pour persister dans la suite, les autres pour rétrocéder.

La varicelle guérit sans incident dans les délais normaux.

On assiste dans cette observation à l'éclosion d'une poussée ganglionnaire diffuse, sous l'influence de l'infection varicelleuse. Ces adénopathies ont des dimensions assez considérables; elles sont indolores spontanément et à la palpation, ne donnent lieu à aucune réaction inflammatoire périphérique, et persistent sans modification trois ou quatre jours. Au bout d'une semaine, plusieurs de ces ganglions cessent définitivement d'être perceptibles; les autres restent appréciables à l'exploration, mais sont réduits de moitié ou des deux tiers.

Or — et c'est là, croyons-nous, le point intéressant — une fois l'orage apaisé, les seuls ganglions qui demeurent existaient déjà avant la maladie. Chétif, pâle, maigre, de thorax étroit l'enfant était en effet depuis longtemps porteur d'adénopathies.

Aussi bien est-ce à ces adénopathies que la varicelle a donné un coup de fouet. L'hypertrophie passagère des ganglions antérieurement accessibles à été prise sur le fait; il est logique d'en inférer que les ganglions apparus avec l'infection et disparus avec elle répondaient sans doute à des adénopathies trop petites pour être tangibles en temps ordinaire.

En d'autres termes, dans son retentissement sur le système ganglionnaire, la varicelle a frappé des ganglions déjà malades; et elle les a frappés précisément à cause de leurs altérations premières. Il y a là une application particulière d'une loi générale, que le professeur Hutinel a mise heureusement en lumière et dont il exposait récemment encore les effets (1) : les ganglions qui se défendent mal sont en général des ganglions déjà altérés par une infection chronique. C'est ainsi que les adénopathies provoquées chez notre sujet par la varicelle ne se sont produites qu'à la faveur des adénites chroniques dont la présence avait été depuis longtemps constatée.

Les adénopathies sont assez peu communes dans la varicelle. Quoiqu'elles aient été décrites par certains auteurs, notamment par Cornet, la plupart des monographies consacrées à cette fièvre éruptive n'en font même pas mention. Nous trouvons cependant une note différente dans le Manuel de Nobécourt (2) qui, plus complet, signale la possibilité de ces adénites. Lamacq-Dormoy (3) admet que la varicelle crée des adénopathies qui éclosent et s'effacent avec l'éruption, généralisées dans différents cas, mais plus habituelles et prédominantes aux régions cervicale et mastoïdienne. Dans notre observation se retrouve la même prédominance; ajoutons que nous n'avons rien constaté à la gorge et au nez, à part une rougeur qui dura quelques heures. Vipond (4) regarde l'adénopathie généralisée comme un symptôme lié à certaines maladies infectieuses aiguës, parmi lesquelles la varicelle où les ganglions axillaires et inguinaux seraient les plus touchés.

Si dans la clinique journalière peu fréquentes sont malgré tout les varicelles non compliquées qui se spécifient par des adénopathies concomitantes, il est toutefois permis d'objecter qu'en pareilles circonstances l'examen des régions ganglionnaires n'est pas de pratique courante et qu'à chercher mieux on trouverait plus. A l'appui de cette conception peuvent être invoqués les cas de Marfan et Bernard (5) qui, par une exploration méthodique, ont déterminé l'existence d'une adénopathie morbilleuse, confirmée par Béclère (6).

Pour tous les faits de cet ordre, les conclusions valent surtout par la comparaison du système ganglionnaire de l'enfant avant et pendant la maladie. Dès lors on arrive à distinguer au cours des maladies éruptives des adénopathies généralisées vraiment *spécifiques*, telles les adénopathies de la rubéole et des adénopathies *réchauffées* par l'infection, telle la forme d'adénites varicelleuses dont nous venons de rapporter l'histoire. Dans cette seconde alternative les lésions ganglionnaires primitives sont elles-mêmes de nature variable : lésions banales, lésions syphilitiques sur lesquelles insiste beaucoup le professeur Hutinel, lésions tuberculeuses dont personne ne méconnait l'importance et que les professeurs Marfan et Bernard incriminent en face des ganglions de la rougeole, « éminemment tuberculisables, s'ils ne sont pas déjà tuberculeux ».

(1) Hutinel. Les associations morbides chez les enfants, *Bulletin médical*, 26 novembre 1910.
(2) Nobécourt. *Précis de Médecine infantile*, Paris 1907. Article Varicelle.
(3) Lamacq-Dormoy. Adénopathie varicelleuse. *Soc. de méd et de chir. de Bordeaux*, 12 février 1904.
(4) Vipond. L'adénopathie généralisée comme signe de diagnostic très précoce de certaines maladies infectieuses aiguës. Analysé in *Semaine médicale*, 19 décembre 1906, p. 603.
(5) Bernard. La rougeole à l'hôpital des Enfants-Malades en 1896. *Société méd. des hôpitaux*, 23 juillet 1897.
(6) Béclère. *Ibid.*, p. 1044.

Les adénopathies *localisées* conditionnées par certains symptômes, comme celles de l'angine scarlatineuse, et les adénopathies par *infections secondaires* ou *associées* complètent la liste des adénopathies rencontrées en cours des fièvres éruptives.

Terminons en ajoutant que nous négligeons volontairement les réflexions que pourrait suggérer la prédominance cervico-mastoïdienne des ganglions; notre ignorance de la bactériologie de la varicelle rend toute discussion prématurée.

II. — Varicelle avec torticolis durant la période d'invasion

L'enfant L..., âgé de 13 ans, est pris assez soudainement dans l'après-midi du 20 novembre 1910 de malaise, de fièvre et de frissonnements. Il se plaint en même temps, au niveau de la moitié droite de la nuque, d'un torticolis que l'examen montre localisé au trapèze : extension de la tête avec rotation à gauche. Le malade passe une nuit agitée; il a de l'insomnie et des cauchemars.

Le lendemain 21, la situation ne se modifie guère. Fièvre à maximum de 39°2 dans la soirée, pouls oscillant aux environs de 120, agitation motrice et excitation psychique. Nuit semblable à la précédente. Pendant ce laps de temps, le torticolis persiste, tout aussi douloureux; il s'atténue à la fin de la journée.

Le 22 novembre au réveil, le torticolis a tout à fait disparu. L'enfant n'accuse plus aucune douleur et les mouvements de la tête s'exécutent librement. De leur côté, les accidents généraux ne cèdent pas encore. Dans la journée apparaissent quelques bulles de varicelle.

L'éruption est complète le lendemain matin; d'intensité moyenne, elle ne revêt aucun caractère anormal. Bientôt la fièvre tombe peu à peu, et la maladie évolue dès lors sans autre incident qu'une nouvelle élévation fébrile bien naturelle, avec légère atteinte de l'état général, lors de la seconde poussée éruptive. Guérison définitive le 29 novembre.

La période d'invasion de cette varicelle a donc été marquée par la présence d'un torticolis nettement accusé. Elle a duré environ 48 heures; c'est là, on le sait, le temps maximum que lui assignent les classiques, et encore à titre plutôt exceptionnel (1). Là-dessus le torticolis a persisté à peu près 30 heures. Il était nettement unilatéral et ne pouvait se confondre avec la raideur de la nuque des méningites. D'ailleurs ne coexistait aucun signe d'irritation méningée, si bien que malgré l'absence de ponction lombaire l'idée de méningite pouvait être écartée. La contracture portait sur le trapèze droit, redressant la tête et la fixant en rotation du côté gauche.

Le torticolis associé à un cortège fébrile éveille chez l'enfant, le plus souvent à juste titre, l'idée de rhumatisme. Mais Nobécourt et Paisseau (2) ont judicieusement rappelé il y a quelques mois qu'une semblable interprétation ne doit pas être exclusive, et, s'appuyant sur des exemples instructifs, ont pu conclure que ce torticolis marquait parfois le début de la fièvre typhoïde. Dans son enseignement le Professeur Hutinel lui accorde une certaine valeur pour le diagnostic de la dothiénentérie pendant les premiers jours.

Les cas, tels que le nôtre, ne sauraient prévaloir contre ces règles cliniques. Ils ne

(1) Hutinel et Martin, in *Les Maladies des Enfants* de Hutinel. Article Varicelle, t. I.
(2) Nobécourt et Paisseau. Le torticolis, signe du début de la fièvre typhoïde chez l'enfant. *Société de Pédiatrie*, octobre 1909.

font que prouver une fois de plus que des causes variées engendrent un même symptôme.

La pathogénie du torticolis est bien difficile à établir dans notre observation. Nous serions tentés de regarder la contracture du trapèze comme un phénomène purement fonctionnel, analogue aux convulsions contemporaines de nombre d'infections infantiles dans leur période initiale. Notons, en faveur de cette conception, que le petit malade, après avoir eu des convulsions dans son jeune âge, puis des terreurs nocturnes, s'est toujours montré fort instable, d'humeur variable, et surtout singulièrement émotif, donnant dans sa conduite, comme dans ses études, des témoignages évidents de déséquilibre mental.

III. — Varicelle avec prurit au début de l'éruption

Le jeune B..., Charles, âgé de 5 ans, présente le 6 novembre dernier une éruption varicelleuse caractéristique.

Les prodromes de la maladie avaient à peine retenu l'attention des parents : lassitude et inappétence la veille, avec fièvre qui ne dépassa pas 38°.

En même temps qu'apparurent les premiers éléments éruptifs, l'enfant se plaignait de prurit et se grattait au niveau de la face, du tronc, de l'abdomen et des bras. Ces démangeaisons durèrent une journée; elles ne se reproduisirent plus le lendemain 7 novembre. Les accidents généraux se dissipèrent aussi ce jour-là.

L'affection évolua ensuite sans incident.

Une seconde poussée éruptive ne provoqua aucune démangeaison.

Cette varicelle s'individualise, on le voit, par un prurit qui accompagne l'éclosion des premières bulles pendant une journée. Seuls les membres inférieurs sont épargnés.

A s'en tenir à la lecture des traités classiques, il ne semblerait point que l'éruption de varicelle fut souvent prurigineuse. Notre observation n'est cependant pas une exception et différents médecins ont eu l'occasion de constater la tendance à se gratter des petits varicelleux. Il faut, bien entendu, dans l'appréciation des faits, mettre en ligne la variabilité de la réaction cutanée, qui constitue un facteur tout individuel, mais il n'en reste pas moins acquis que, toutes choses égales, la varicelle paraît éveiller plus volontiers la sensibilité de la peau que les autres fièvres éruptives.

En rapprochant les trois particularités que nous venons d'envisager, on voit que les deux premiers faits représentent des anomalies tenant beaucoup moins à la varicelle qu'au terrain sur lequel elle a évolué.

La varicelle a suscité l'éclosion de fortes adénites parce que l'enfant était porteur d'adénopathies antérieures, elle a provoqué du torticolis parce que le malade était prédisposé aux accidents nerveux d'ordre fonctionnel. Plutôt que d'invoquer des anomalies de la varicelle, il est plus juste de parler d'anomalies de réaction individuelles en face du virus varicelleux.

Quant au troisième fait, il vise un symptôme relativement courant, de connaissance peut-être insuffisamment répandue, auquel collaborent sans doute, par parts difficiles à dissocier, la nature spécifique de la maladie et l'état constitutionnel du malade.

DANS LES HOPITAUX

Les Indigestions

Par M. le Dr Albert MATHIEU
Médecin des Hôpitaux (hôpital Saint-Antoine)

Si la plupart des auteurs contemporains ont abandonné le terme d'indigestion, si ce chapitre a disparu des Traités de pathologie, cet ostracisme a sa source, vraisemblablement, dans les descriptions confuses des anciens, qui englobaient sous ce nom des états morbides très différents, tels que : certaines dyspepsies, les vomissements hystériques, les crises gastriques tabétiques, etc. Evidemment, on ne peut pas décrire l'indigestion comme une véritable entité morbide, ayant sa lésion propre, mais comme un *syndrome* ayant sa place marquée en séméiotique et donnant lieu à un diagnostic différentiel très intéressant.

Dans le *Compendium de médecine pratique*, publié par Monneret et Fleury, en 1842, on en trouve une description presque parfaite. Ces auteurs divisent l'indigestion en complète et incomplète. En voici les principaux symptômes : les sujets éprouvent un sentiment de plénitude et de pesanteur dans la région épigastrique, quelquefois une douleur violente, comparée par eux à une forte crampe; bientôt surviennent des nausées, des éructations, des hoquets. Si les vomissements ne se manifestent pas, le malaise devient plus grand et des symptômes généraux se déclarent : agitation, céphalalgie très forte, ordinairement sus-orbitaire, face alternativement pâle, tuméfiée et rouge, respiration pénible, plaintes, anxiété... Enfin, les vomissements se produisent et il ne reste que de la courbature, une sensation de brisement des membres et quelques douleurs.

Dans un paragraphe spécial, les mêmes auteurs expliquent comment l'indigestion peut être complète ou incomplète, dans les cas où les aliments finissent par être en partie digérés. Il y a là des phénomènes de transition avec les troubles dyspeptiques.

Mais l'acte digestif comporte plusieurs actes secondaires, dévolus à divers organes. Si c'est la digestion stomacale qui est suspendue, on observe alors les nausées, les éructations, la plénitude gastrique, les vomissements avec céphalalgie, malaise, anxiété, langue sèche, soif intense, pouls petit, serré, irrégulier. Généralement, il y a une ou deux garde-robes.

L'indigestion purement gastrique aurait pour type, d'après ces auteurs, les vomissements provoqués comme chez les Romains de la Décadence qui avaient coutume, comme on sait, d'expulser leur premier repas en se titillant la luette avec une plume de paon, afin de pouvoir se remettre à un nouveau festin.

Il y a là une erreur évidente, le vomissement provoqué volontairement dans de telles conditions ne devant pas être confondu avec l'indigestion proprement dite.

Il ne faut pas confondre non plus avec celle-ci les faits d'*intoxication* ou plutôt, comme on le sait maintenant, d'*infection d'origine alimentaire*. Ici, les phénomènes sont généralement plus lents à se produire et n'éclatent pas subitement après le repas, comme dans la simple indigestion. Il y a une sorte de phase d'incubation précédant des troubles gastriques souvent fébriles.

A part quelques réserves, la description de Monneret et Fleury est donc excellente. On peut y ajouter un passage de Chomel (*Traité des Dyspepsies*) relatif à certaines indigestions graves, qui ne se révèlent pas d'emblée par les vomissements. Dans quelques cas, d'après cet auteur, il peut se passer plusieurs heures, et même un jour ou deux, pendant lesquels on observe des troubles sympathiques et moteurs consistant en céphalalgie tenace, battements du cœur, précipitation, parfois irrégularité du pouls, défaillances, demi-délire, mouvements convulsifs, engourdissement, affaiblissement général et partiel simulant la paralysie, jusqu'à ce que surviennent des évacuations par en haut et par en bas. Il en résulte un sentiment de fatigue et de faiblesse générale et un état gastrique qui oblige le malade à de grands ménagements dans son régime, pendant quelques jours et ce sera pour lui un bon avertissement pour l'avenir.

Chomel décrit très bien l'indigestion qui commence au milieu de la nuit, vers une ou deux heures du matin, au grand émoi des familles.

L'indigestion mérite par conséquent d'être dégagée des états similaires, comme un syndrome nettement caractérisé.

Définition. — On peut la définir de la façon suivante : Elle est constituée par une *sensation d'arrêt de la digestion* gastrique ou intestinale, avec malaises gastro-intestinaux plus ou moins pénibles et, souvent, manifestations nerveuses plus ou moins graves aboutissant au rejet, soit par les vomissements, soit par diarrhée, des substances alimentaires ingérées peu de temps avant le début des accidents. (Mathieu).

Cette définition est, en somme, la reproduction des caractères symptomatiques essentiels de l'indigestion proprement dite.

Il faut reconnaître que le syndrome de l'indigestion demande encore quelques éclaircissements complémentaires, en ce qui concerne son étude symptomatologique et sa physiologie pathologique. Evidemment, il y a des éléments d'un caractère très net, faciles à mettre en évidence, et d'une signification non douteuse. Il s'agit d'un arrêt de la digestion. Or, cet arrêt se révèle non seulement par la présence (dans les substances rejetées par les vomissements, et quelquefois même par la diarrhée) de détritus alimentaires, de morceaux de viande, de fragments d'aliments divers, non digérés, mais aussi par l'arrêt de sécrétion de HCL, révélé par les analyses. On a trouvé des acides de fermentation, pouvant expliquer l'odeur désagréable (*odeur de rance*) des vomissements.

Le point de départ de l'indigestion peut être gastrique, se produire par un mécanisme réflexe, ou bien prendre directement son origine dans le système nerveux, on encore résulter de phénomènes d'intoxication ayant mis un temps plus ou moins long à se produire.

Mais ces questions théoriques importent bien moins que le diagnostic des indigestions et surtout des *indigestions à rechutes*. Il faut ici rappeler la division des causes de l'indigestion faite par Chomel. Il y a, d'après lui, six causes principales :

1° Les indigestions par excès de la quantité des aliments et des boissons (cause la plus fréquente).

Il cite comme exemple ce qui se passe chez les ouvriers, qui, sobres d'habitude, se livrent à des excès alimentaires le jour de la paye. Ils ont une indigestion en raison du volume trop considérable des aliments ingérés. Chomel aurait pu citer les indigestions fréquentes aux fêtes de village et aux repas de noces, surtout chez les enfants que pousse leur gourmandise ou que l'entourage excite à manger.

Chomel insiste sur les indigestions dues au volume trop considérable des liquides ingérés, et à leur ingestion trop précipitée, particulièrement d'eau froide. Quand il s'agit de boissons alcooliques, bues en excès en même temps qu'une quantité considérable d'aliments solides a été consommée, il en résulte une association de l'ivresse et de l'indigestion. En pareil cas, il n'est pas sans intérêt de se rappeler que l'alcool exerce une action sur le bulbe et peut, par conséquent, contribuer aux phénomènes de nausée, de vertige et de vomissement.

2° Les indigestions produites par la mauvaise qualité des substances ingérées, telles que : aliments grossiers chez les gens habitués à une nourriture délicate, substances avariées, etc.

3° Indigestions par insuffisance de la mastication et de l'insalivation.

4° Indigestions par le rapprochement de plusieurs repas assez copieux.

5° Indigestions dues à des causes perturbatrices de la digestion, agissant après le repas, comme : les fortes secousses morales, les grandes émotions, la grande fatigue physique (marches forcées commencées peu de temps après le repas). Chomel range dans le même ordre de causes les bains. On sait, dit-il, que le bain tiède servait précisément aux anciens Romains pour décharger leur contenu stomacal et se donner, par ce moyen brutal, la triste satisfaction de manger une deuxième fois. Ils alternaient l'emploi de ce moyen avec la plume de paon.

Le bain pris peu de temps après le repas cause, en effet, des accidents souvent très graves, des lipothymies et des vomissements; toutefois, il n'est pas démontré que ce soit à l'indigestion proprement dite qu'on doive, le plus souvent, attribuer les phénomènes parfois mortels qui se produisent en cas semblables.

6° Indigestions tenant à la répugnance idiosyncrasique des organes digestifs pour certains aliments.

Ces vomissements électifs s'observent, par exemple, pour le lait, que certaines personnes rejettent caillé quelque temps après son ingestion. D'autres ne supportent pas les œufs. Ces faits n'appartiennent pas, somme toute, à la véritable indigestion, et doivent être décrits au chapitre des vomissements.

Chomel rapporte l'histoire d'une dame occupant un rang élevé de la société, veuve d'un illustre homme de guerre, qui ne pouvait pas digérer le beurre cuit. Son cuisinier qui croyait à une exagération de la part de sa maîtresse, introduisait de temps à antre, subrepticement, une petite quantité de beurre dans les plats; mais toujours il était puni en pareil cas, parce que cette dame avait aussitôt des vomissements, dans lesquels on retrouvait le beurre, rendu d'une façon presque exclusive.

Nous insisterons particulièrement sur les *indigestions à rechutes*. C'est la classe certainement la plus intéressante. Parmi les autres types, il y a tout un groups d'indigestions qu'on peut laisser de côté au point de vue qui nous occupe, comme, par exemple, les indigestions que l'on rencontre au cours des accidents nerveux et fébriles, chez les enfants, notamment au début de la pneumonie et de la scarlatine, au même titre que le frisson.

Si l'on envisage les indigestions à rechutes, il faut éliminer d'emblée les indigestions se reproduisant uniquement par la répétition des mêmes causes habituelles : excès alimentaires périodiques, les jours de fêtes, par exemple. En pareil cas, il s'agit d'une succession d'indigestions simples ne se reliant pas l'une à l'autre, ne constituant pas de véritable série morbide. Mais il existe des indigestions à répétitions reliées par un état pathologique permanent soit de l'estomac, soit de l'intestin ou d'autres organes, comme le rein, notamment.

Du côté des *gastropathies*, il faut signaler la *dilatation de l'estomac* et le *cancer*. Mais il s'agit en fait d'une espèce particulière de dilatation de l'estomac ; c'est celle que j'appelle la dilatation de l'estomac du *type Bouchard*, on dilatation *primitive vraie*, ou encore du *type juvénile*.

Cette maladie s'observe chez les jeunes gens des deux sexes, de treize à dix-huit ans, qui, généralement, ont grandi rapidement et sont restés maigres. Ils ont l'air fatigué, le teint terreux, légèrement chlorémique. Ils travaillent peu, péniblement, sont incapables d'attention soutenue. Après les repas, ils éprouvent des malaises, ont des digestions difficiles, des sensations de pesanteur, de la somnolence ou des maux de tête. Tout cela dure pendant quelques heures.

A l'examen, on leur trouve un thorax étroit, un ventre déprimé vers la région épigastrique, qui, lorsqu'ils sont debout, fait saillie en bas, comme chez les ptosiques. Peu de temps après le repas, on constate des bruits de clapotage et de flot indiquant la distension stomacale. L'estomac se vide avec une grande lenteur.

Ces malades ont tendance à devenir neurasthéniques et c'est souvent pour le reste de leur existence. On peut ainsi retrouver chez des sujets de quarante ans et plus les conséquences d'une dilatation stomacale juvénile.

Chez ces malades il n'est pas rare de voir des *indigestions à rechutes*, chacune durant toute une journée et même plusieurs jours. Et pour que ces indigestions apparaissent, il n'est pas nécessaire que ces jeunes gens aient fait de grands excès alimentaires. Leur estomac se vidant mal à l'état ordinaire, il suffit de certaines influences, locales ou générales, pour l'inhiber et déterminer ces malaises généraux sur lesquels nous avons insisté, suivis de ces vomissements curateurs, complétés parfois par la diarrhée.

Il y a aussi un type de *cancer gastrique* qui commence par de véritables indigestions, tendant à se répéter. Ce mode prodomique est surtout fréquent dans les cancers pyloriques. Il faut donc penser au cancer, s'il s'agit de personnes d'un certain âge, de cinquante à soixante ans. Dans l'intervalle des crises, vous retrouverez en pareil cas, de l'inappétence, et plus tard des signes non douteux du néoplasme.

Parmi les *entéropathies*, il y en a trois qui peuvent donner lieu aux indigestions à rechutes. Ce sont : l'*appendicite*, les *réactions côliques*, et les crises initiales d'*occlusion intestinale*.

On sait que l'*appendicite*, surtout chez les enfants et jeunes gens, se révèle souvent par de simples indigestions, se répétant à plusieurs jours d'intervalle, avant d'aboutir à la crise appendiculaire.

Quelquefois, elles sont séparées par des semaines de calme. On peut souvent trouver déjà le point de Mac Burney, ce qui permet de faire le diagnostic d'appendicite et de prévoir les crises prochaines plus violentes.

Les *réactions côliques* (voyez la thèse de Louis Marre) se voient chez des constipés anciens et éclatent généralement la nuit, vers une ou deux heures du matin. Le malade est réveillé par un malaise, avec état nauséeux et coliques. Il a souvent en même temps de la diarrhée et des vomissements. Les matières rendues par les gardes-robes sont d'abord dures, puis semi-molles. Ces crises peuvent se répéter par séries et s'accompagner de lipothymies et de syncopes. Ce sont des indigestions d'origine côlique.

Ces accidents offrent encore plus de complexité chez les malades ayant de la *côlite chronique muco-membraneuse* ; il ne s'agit plus alors de simple réaction d'un côlon normal, mais de réaction nerveuse et d'inflammations combinées.

Les malades atteints de côlite membraneuse sont généralement des névropathes et offrent, par conséquent, un syndrome neuropathique très accusé qui donne à l'indigestion un aspect spécial.

Dans l'*occlusion intestinale* due au rétrécissement incomplet de l'intestin, il y a parfois, vous le savez, des crises accompagnées de vomissements fécaloïdes, mais ceux-ci, sont souvent précédés par des crises de vomissements alimentaires et de mucus ou de bile refluée dans l'estomac. Ce n'est qu'à une période beaucoup plus tardive que l'on verra les vomissements fécaloïdes. Il y a donc des indigestions à rechutes comme phénomène initial de certaines sténoses intestinales. Ces accidents sont le résultat d'une réaction colique, comme dans les débâcles au cours de la constipation chronique. Ils peuvent se renouveler pendant des mois et des années au début de petites crises d'occlusion incomplète, avant que ne surviennent les vomissements fécaloïdes.

Restent les *indigestions à rechutes* produites par *intoxication alimentaire* et par *auto-intoxication*. Il est difficile de séparer ces deux ordres de faits et on peut rapprocher les indigestions de cette catégorie de la dyspnée toxi-alimentaire de Huchard, car ce sont les mêmes causes qui interviennent dans la genèse de ces deux sortes de manifestations : une alimentation trop chargée de viandes et surtout de viandes faisandées ou de charcuterie. On peut guérir les malades en les mettant au régime lacté ou à un régime contenant peu de viande.

Y a-t-il, dans ces cas-là, des phénomènes d'*urémie ?* Huchard ne l'admettait pas, sans pouvoir du reste fixer les limites entre l'urémie et l'intoxication hétérogène.

On peut supposer une insuffisance du rôle anti-toxique du foie, ou du rôle éliminateur du rein, ou encore des oxydations générales de l'organisme.

Mais il y a une loi commune à toutes les intoxications chroniques ; par exemple, un sujet qui fait un abus constant, ordinaire, de charcuterie ou de viandes faisandées, est en état d'intoxication latente. A un moment donné, sous une influence quelconque : repas plus copieux que d'habitude, fatigue, refroidissement, il se produit une indigestion. Ces causes banales se reproduisant facilement, on assiste à des indigestions à rechutes.

En pareil cas, il faut d'abord invoquer une prédisposition personnelle, un état d'opportunité créé par l'état d'intoxication ancien et permanent, puis, enfin, l'intervention de la cause occasionnelle ; les accidents se répéteront autant de fois que se renouvelleront ces dernières.

De tels malades peuvent être des urémiques, on retrouve alors chez eux les petits signes de brightisme de Dieulafoy : la tension exagérée du pouls, le bruit de galop, la poly et la pollakiurie, et, surtout, un *état nauséeux permanent*.

Ces malades pourront guérir de leurs indigestions sous l'influence du régime lacté.

Tels sont les principaux types de l'*indigestion à rechutes*, les circonstances où on peut l'observer et les déductions qu'on en peut tirer pour le diagnostic de différentes maladies plus ou moins latentes.

L'indigestion est donc un syndrome d'une grande importance, dont il faut conserver toute l'indépendance et la portée symptomatologique, sa signification diagnostique devant être discutée dans chaque cas particulier. C'est surtout dans les formes d'indigestions à rechutes que ce syndrome devra être analysé avec soin et qu'il fournira de précieuses indications sur l'existence d'un certain nombre de lésions du tube digestif, de troubles de la nutrition générale ou d'un certain degré d'insuffisance rénale.

LES INTERNES ET L'IMPOT

Plusieurs internes qui avaient été invités à payer, comme le veut la loi du 4 frimaire de l'an VII, l'impôt des portes et fenêtres, pour les chambres qu'ils habitent dans les asiles publics d'aliénés, avaient protesté.

Ils déclaraient qu'ils ne peuvent être considérés comme ayant la libre jouissance des pièces que les asiles mettent à leur disposition, puisqu'il ne leur est pas permis d'y recevoir.

Cette réclamation, régulièrement présentée, fut soumise à la juridiction spéciale du contentieux du Conseil d'Etat qui vient de la rejeter.

L'Aliénation mentale cause de Divorce [1]

(SUITE DE NOTRE ENQUÊTE)

XLVII

M. le Dr Rayneau, médecin chef de l'asile d'aliénés d'Orléans, nous écrit :

Orléans, le 16 *mai* 1911.

Monsieur le Directeur,

Vous avez bien voulu me demander mon avis sur la question de l'aliénation mentale et du divorce. Bien que tout à fait convaincu de la nécessité de modifier notre législation en cette matière, j'ai longtemps hésité sur la façon de résoudre le problème. Ma solution diffère complètement de celle préconisée par M. Maurice Viollette, mais elle me paraît cependant donner satisfaction aux intérêts éminemment respectables qui peuvent se trouver en jeu.

Je suis de ceux qui pensent qu'on doit surtout envisager la question d'espèces et qu'on ne peut admettre en principe qu'un des deux époux pourra demander le divorce si l'autre conjoint est interné depuis trois ans au moins et son aliénation reconnue incurable.

Si l'on ne considère que l'état d'incurabilité, je suis carrément contre le divorce et je puise précisément mes arguments dans le remarquable article de M. Maurice Viollette. « L'aliénation mentale est une maladie. Au « moment du mariage, les époux se promettent « secours et assistance et c'est une promesse « qui serait singulièrement vaine si la maladie « pouvait en délier. La maladie fait partie du « risque conjugal. Qu'il ne se marie pas celui « qui ne veut pas être exposé à être un jour « garde-malade. La maladie n'est pas l'exception, elle est la règle; plaider qu'on se marie « à la condition que son conjoint ne sera jamais « malade, ou qu'il ne subira que des affections « passagères, c'est soutenir un procès ridicule. » Donc la maladie ne peut être une cause de divorce.

Si les états d'aliénation incurable peuvent être une cause de divorce, il n'y a pas de raison pour ne pas l'accorder dans tous les cas où cette incurabilité aura été reconnue : paralysie générale, démence sénile, délire de persécution plus ou moins systématisé, etc., etc., et pourtant nombre de ces malades peuvent conserver vis-à-vis des leurs tous leurs sentiments affectifs. M. Maurice Viollette déclare, il est vrai, qu'il faut, pour entraîner la dissolution du mariage, qu'il y ait disparition complète de la personnalité intellectuelle et morale de l'aliéné, faisant sans doute allusion à ces infortunés qui n'ont plus qu'une existence végétative, ayant perdu complètement la notion du temps et du lieu et jusqu'au souvenir de leur famille. Dans ces cas même, il me semble inhumain de prononcer le divorce, mais je me rendrais peut-être à la solution de M. Viollette si je ne craignais de voir entr'ouvrir une porte qui ne tarderait pas à devenir banale. De plus, la période de trois années jugée nécessaire pour affirmer l'incurabilité me paraît insuffisante et je voudrais la voir porter à cinq.

Mais si l'on ne doit point fonder une demande en divorce sur l'état d'incurabilité d'un aliéné, l'aliénation ne doit pas non plus toujours et dans toute circonstance, constituer un obstacle absolu à la dissolution du mariage.

Comme l'a très bien démontré M. de Clérambault au cours de la discussion qui a eu lieu à la Société médico-psychologique, il y a des cas où l'état mental d'un des époux rend la vie commune intolérable. Il s'agit le plus souvent de dégénérés, d'alcooliques ou d'amoraux. Supposons qu'une action en divorce soit intentée contre l'un des conjoints; elle est prête d'aboutir et la partie plaignante va voir intervenir un jugement qui fera cesser son martyr, quand, plus ou moins brusquement, sous l'influence de nouveaux excès par exemple, le déséquilibré commet des actes dont le caractère pathologique devient manifeste et qui nécessitent son internement. Dans l'état actuel de la législation l'action est suspendue et le divorce devient impossible. Cela me paraît tout à fait regrettable.

Un autre cas non moins digne d'intérêt peut encore se produire : un individu est interné; l'excès de travail, des privations de toute nature, des chagrins intimes ont d'abord altéré sa santé et lui ont finalement fait perdre la raison. Pendant qu'il est à l'asile, l'autre conjoint mène une existence déréglée et outrageante pour l'honneur du malade on compromet totalement ses intérêts. N'y a-t-il rien à faire en présence d'une situation aussi lamentable et n'est-il pas au contraire tout à fait légitime qu'en pareil cas le tuteur de l'aliéné soit autorisé à poursuivre en son nom une action en divorce ?

On pourrait envisager encore quantité d'autres situations dans lesquelles il serait à souhaiter de voir prononcer le divorce, mais ce serait abuser de l'hospitalité de vos colonnes que de passer ici en revue tous ces cas particuliers.

Je terminerai donc là ce long entretien et pour me résumer, je dirai qu'à la place des propositions de M. Maurice Viollette et de M. Colin, je voudrais voir intercaler dans la loi les deux paragraphes suivants :

1° *Une action en divorce ne peut être fondée uniquement sur l'état d'incurabilité d'un aliéné, mais l'aliénation mentale de l'un des conjoints n'est pas un obstacle à la continuation ou à l'introduction d'une pareille procédure.*

2° *L'action pourra être intentée, soit par le conjoint resté sain d'esprit, soit par le tuteur de l'aliéné en son lieu et place.*

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur et honoré confrère, l'assurance de mes sentiments les plus distingués. Dr Rayneau.

XLVIII

M. le professeur Mairet, médecin chef de l'asile d'aliénés de Montpellier, nous fait parvenir la réponse ci-dessous :

Monsieur le Directeur,

Vous voulez bien me demander mon opinion sur la question du divorce en aliénation mentale. J'ai l'honneur de la traduire aussi brièvement que possible ci-dessous. Vous ne vous étonnerez pas que, en ma qualité de médecin et de médecin aliéniste, mon opinion soit basée plus particulièrement sur l'utilité et la nocivité de cette loi pour les malades qui sont confiés à mes soins.

Lorsque j'envisage, en tant que médecin, la question du divorce pour cause d'aliénation mentale, mon premier mouvement est de m'insurger à la pensée qu'une maladie quelconque, folie ou autre, puisse être une cause de divorce. Je le sais, les bonnes raisons ne manquent pas pour me rassurer. On me dira, entre autres choses, que les aliénés sont des malades d'un genre particulier, que l'aliénation mentale fait évanouir la personnalité et la transforme, qu'elle rend impossible toute communion d'idées et de sentiments entre les époux, que la loi ne s'appliquera pas à tous les aliénés, mais aux seuls aliénés incurables, vivant dans un asile, loin de leurs familles; on dira tout cela et d'autres choses encore, ma première impression persiste toujours, étayée d'ailleurs par des objections de divers ordres qui se pressent dans mon esprit. Parmi elles, je retiendrai seulement ici la suivante :

On n'admettra, me dit-on, comme cause de divorce, que la seule aliénation mentale *incurable*. C'est quelque chose. Mais croit-on qu'il soit toujours facile de porter un pronostic précis, même au bout de trois ans de maladie, terme que le code allemand, par exemple, admet comme limite possible de la curabilité? J'ai vu, pour ma part, des aliénés, regardés comme incurables par certains médecins, guérir après plus de onze ans de maladie. Certes, ce sont là des cas exceptionnels, je le reconnais, mais ils n'en existent pas moins et alors que deviendront, avec la loi projetée, ces malheureux ayant recouvré leur liberté et trouvant leur foyer occupé par un autre.

Toutefois, je le reconnais, malgré la valeur de ces objections, la pierre angulaire sur laquelle repose ma conviction est un principe, celui que je formulais tout à l'heure, à savoir qu'une maladie quelconque ne peut être une cause de divorce.

Lorsqu'en effet, j'étudie, comme médecin aliéniste, à la lumière des faits, l'influence que pourrait exercer le divorce sur les aliénés incurables vivant dans un asile, je vois que si, dans certains cas, cette influence leur serait nuisible, dans d'autres, elle leur serait indifférente, de sorte que, de ce dernier fait, ma foi médicale se trouve ébranlée. Je m'explique.

Si l'aliéné incurable admis dans un asile est séparé de sa famille, il lui reste rattaché cependant par les visites que lui font les membres de celle-ci et, en particulier, son conjoint et ses enfants et, pour qui a vu l'impatience avec laquelle nombre d'aliénés incurables attendent ces visites, la désillusion qu'il éprouve, quand, pour une raison ou pour une autre, elles n'ont pas lieu au jour habituel, il n'y a pas de doute sur l'heureuse influence qu'elles exercent sur eux. Elles les réconfortent, leur apportent la joie, et souvent celle-ci est si expansive que le médecin en a des échos dans sa visite du lendemain. Ces malades s'approchent de lui, la figure souriante, pour lui dire leur contentement. Cette heureuse influence, le médecin doit la conserver à tout prix; le divorce la ferait disparaître, le conjoint cesserait ses visites et le malheureux aliéné serait moralement abandonné. Pour les faits de cet ordre, une loi sur le divorce doit donc être rejetée. Mais parfois, malheureusement, cet abandon moral se réalise sans divorce. Dans les premiers temps du séjour du malade à l'asile, le conjoint vient le voir, puis, bientôt, ses visites se font de plus en plus rares et cessent et l'aliéné est ainsi abandonné même de ses enfants, qui, comme le conjoint, se désaffectionnent de lui. Dans ces derniers cas, il est certain que, le divorce survenant, la situation morale de l'aliéné ne changerait pas et, par suite, je verrais avec indifférence une loi sur le divorce si elle ne devait s'appliquer qu'aux faits de cet ordre. Je la verrais avec d'autant plus d'indifférence que, dans certains cas d'entre eux, elle serait utile aux autres individualités intéressées au divorce; le conjoint, les enfants, la société. Trop souvent, la désaffection du conjoint s'accompagne d'une vie de débauche qui, chez la femme, a volontiers comme point de départ, la misère, par suite de l'absence du chef de famille, et, chez l'homme, la vie conjugale brisée, par suite de l'admission de la mère dans un asile d'aliénés. On conçoit alors ce que peuvent devenir de jeunes enfants élevés dans de semblables milieux !

Et ainsi, ma foi médicale fléchit et j'en arrive à pouvoir admettre une loi sur le divorce pour cause d'aliénation mentale, si cette loi était applicable aux seuls cas dont je viens de parler, c'est-à-dire aux cas où, indifférente pour le sort de l'aliéné, elle serait utile au conjoint, aux enfants ou à la société. Et cependant, même conçue dans cet esprit, je voterais encore contre elle, l'intérêt des individualités devant

(1) Voir numéro du 1er mars de la *Gazette médicale de Paris* contenant la Proposition de loi de M. Maurice Viollette, député, ainsi que les numéros suivants concernant le début de notre enquête et les réponses reçues.

céder le pas à l'intérêt général et celui-ci voulant absolument, à mon avis, qu'aucune maladie ne puisse être une cause de divorce. La porte, effet, une fois forcée pour la folie, pourquoi ne pourrait-elle pas l'être pour d'autres maladies mettant la patience du conjoint à une épreuve non moins rude qu'elle. Que deviendrait alors la famille? La sagesse, à mon avis, est de s'en tenir, pour juger une loi sur le divorce pour cause de maladie mentale ou autre, à l'article 212 du Code civil, si bean et si grand dans sa concision : « Les époux se doivent mutuellement fidélité, *secours, assistance* ». Et s'il est des cas où la réclusion d'un aliéné lèse les intérêts du conjoint, des enfants et de la société, que celle-ci prenne d'autres mesures que le divorce pour remédier à cet état de choses dans la mesure du possible.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'assurance de ma considération la plus distinguée.

MAIRET.

XLIX

M. Vigié, doyen de la Faculté de droit de Montpellier, veut bien nous écrire :

Monsieur le Directeur
de la *Gazette médicale*.

Par votre lettre du 4 mai 1911, vous me sollicitez à faire connaître mon avis sur une proposition de loi de M. Viollette, ayant pour objet de voir dans l'aliénation mentale incurable une cause de divorce.

Partisan du divorce comme remède suprême des ménages désunis, j'ai vu leur nombre augmenter considérablement, par suite de modifications légales et de décisions d'une jurisprudence toujours plus facile à les admettre et je crois et je crains que cette institution perdant son caractère ne devienne une cause de désorganisation de la famille qu'elle a fortement ébranlée.

Dans ces conditions, je ne puis me rallier au projet de loi. En voici les motifs très brièvement : dans notre système légal, le divorce n'est qu'un remède exceptionnel; les causes qui le justifient aboutissent toutes à constater une faute grave contre les obligations du mariage, commise par l'un des époux.

Le projet de loi va à l'encontre de cette idée fondamentale.

En outre, l'aliénation mentale incurable, si elle devient un cas de divorce, ouvrira très largement le champ d'application du divorce et soulèvera de nombreuses difficultés pour la pratique; où s'arrête l'aliénation mentale; quand est-elle incurable et, cette cause admise, quelle tendance pour le législateur et pour les juges d'en étendre la portée à des états maladifs graves et incurables : les ataxies, cancers, etc? Les devoirs des époux, suivant les termes de la loi (art. 212 Code Civil) comportent, dans leurs rapports respectifs et, mutuellement « fidélité, secours et assistance»; le projet de loi permet de se soustraire à ce devoir.

J'ai évité de répondre à la lettre que vous m'avez fait l'honneur de m'écrire, me demandant si j'avais qualité suffisante pour le rôle de critique; mais à la réflexion, j'ai vu un devoir à remplir et je n'ai pas hésité : je trouve la proposition de loi injustifiée et dangereuse.

Et vous prie d'agréer l'assurance de mes sentiments les plus distingués. VIGIÉ.

Doyen de la Faculté de Droit
de Montpellier.

L

M. Georges Rocher, avocat à la Cour d'Appel de Paris, ancien membre du Conseil de l'Ordre et ancien président de la Société de médecine légale de France, nous fait parvenir la réponse ci-dessous :

Paris, le 10 *juin* 1911,

Monsieur le Docteur Lucien Graux,
directeur de la *Gazette médicale de Paris*.

Puisque vous m'avez écrit de vous adresser, malgré sa tardivité, l'avis que vous avez bien voulu me demander au sujet de la proposition de loi formulée par un confrère, M. Viollette, pour faire admettre l'aliénation mentale comme cause de divorce, voici les quelques observations que je me permettrai de présenter.

Il ne peut être question d'approuver ou de désapprouver la loi du divorce, comme portant atteinte à la liberté de conscience, à l'institution du mariage, à l'intérêt des enfants, à l'intérêt des époux, à l'intérêt social.

Le divorce n'est pas un bien, c'est *un remède*. Il ne doit être employé que quand il est absolument nécessaire, on ne doit y recourir que pour mettre fin à des situations intolérables. (Rapport de M. Labiche au Sénat.)

Admis en France en 1792, maintenu en 1802, aboli en 1816, encore repoussé en 1832, le divorce fut rétabli par le législateur de 1884 : il existe, il n'y a pas à le discuter. Mais les dispositions de la loi du 27-29 juillet sont absolument limitatives (art. 229 à 232 actuels du Code civil); on avait proposé d'y introduire plusieurs autres causes que celles spécifiées, telles que la démence, l'absence déclarée, le changement de religion, toutes, elles ont été écartées.

Le but de M. Viollette est de faire revenir sur ces déterminations antérieures et d'élargir les causes du divorce en admettant l'aliénation mentale de l'un des époux comme pouvant faire prononcer le divorce.

Je ne m'arrêterai pas au point de vue sentimental qui, en 1884, a été un des motifs ayant fait écarter cette même proposition, si respectable soit-il.

L'argument d'ordre juridique, tiré de la conception fondamentale du divorce en France, d'après lequel l'admission de la démence, comme cause, serait contraire aux principes généraux de notre droit, est assurément le plus important, je dirai presque le seul à examiner. M. L. Guillouard, le distingué professeur de Droit civil de l'Université de Caen, a traité ce point de vue d'une façon si élevée, si concluante, dans sa communication du 27 mars 1911 publiée par la *Gazette Médicale de Paris*, qu'y revenir serait amoindrir la force de son argumentation, à laquelle je me contente de me rallier. Incontestablement, « le divorce, comme la séparation de corps, ne peut être demandé par l'un des époux « qu'à raison de la faute commise par son conjoint». Or, « l'aliénation mentale n'est pas une « faute, c'est un malheur. Le malheureux qui en « est atteint n'est pas un coupable, c'est un ma- « lade».

Alors, comment admettre que l'aliénation mentale (même incurable) puisse motiver la dissolution du mariage?

Il est bien certain que si l'aliénation mentale provient d'un fait imputable à faute au conjoint, la justice pourra s'en prévaloir, ce qu'elle fait, pour prononcer le divorce en se basant sur le caractère injurieux, mais alors ce ne sera pas la maladie qui sera la cause, elle ne sera que l'effet des circonstances injurieuses qui serviront de base au prononcé du divorce.

Il semble que M. Viollette a bien compris le défaut de sa proposition, aussi a-t-il cherché à y introduire un esprit nouveau. « Il est vrai, dit- « il, que l'aliénation mentale peut être considérée « comme une maladie (comment pourrait-elle être « considérée autrement), mais c'est, tout au « moins, une maladie d'un genre spécial. L'alié- « nation fait évanouir la personnalité ou la trans- « forme et c'est là la distinction fondamentale sur « laquelle je veux m'appuyer». Et alors, le mariage étant un contrat passé en vue de la personne à laquelle on se décide à s'associer, avec toutes les qualités qu'on lui a reconnues, il doit pouvoir être résolu du moment où il y a modification absolue de la personnalité en vue de laquelle on a contracté. La folie survenant, il ne resterait rien de l'individu tel qu'on l'a entrevu. Les conjoints ont bien accepté les risques de maladie, mais à la condition que l'être avec lequel ils ont traité reste lui-même et ne soit pas métamorphosé à tout jamais.

Avec l'aliénation mentale, la rupture du mariage pourrait être poursuivie parce que la créature avec laquelle on avait échangé le consentement aurait disparu *irrévocablement*, ce qui n'aurait pas été compris parmi les *risques qui avaient été prévus*.

Dans ces conditions, quelle sécurité présentera l'association matrimoniale? Comment admettre que le législateur, ou ses interprètes, puisse déterminer les limites du *risque conjugal*? Ce serait incontestablement une atteinte profonde portée aux principes mêmes des conventions.

M. Viollette s'en rend si bien compte lui-même qu'il ne saurait trop répéter que sa proposition ne saurait être admise qu'en cas d'irrévocabilité, parce qu'alors l'aliéné peut être assimilé à un véritable fantôme définitivement retranché de la vie sociale.

Ici se présente une question angoissante et qui doit dominer la solution à intervenir, celle de savoir si, dans l'état actuel de la science on peut déterminer avec certitude qu'un aliéné est ou non susceptible de recouvrer la raison.

Les médecins aliénistes sont bien loin d'être d'accord.

La Société de Médecine légale de France a longuement étudié cette question de l'aliénation mentale comme cause péremptoire du divorce sur une proposition présentée par le Dr Lutaud en mars 1904; après renvoi à une Commission spéciale, un rapport a été déposé par M. Jacomy, conseiller à la Cour d'appel de Paris, au mois d'avril 1905 (Voir le *Bulletin de la Société de médecine légale de France*, 1905. T. Ier, p. 4. T. II, p. 105).

Ce rapport très étudié indique tout d'abord que les rédacteurs du Code Civil ont écarté la démence comme cause de divorce et que les raisons qui furent données étaient les suivantes : « Sans doute, l'époux dont l'esprit s'aliène n'est « plus, sous le rapport de l'une de ses facultés les « plus essentielles, le même être que celui avec « qui l'union avait été contractée; mais dans « cette altération cruelle, il n'y a rien de son fait « ni de sa volonté et l'on ne peut pas dire de lui « qu'il a rompu le contrat. Quand il garde sa foi, « pourquoi donc celle de son associé serait-elle « dégagée? Et où serait la sublimité des devoirs « du mariage, où serait sa dignité, si, borné à une « simple association de plaisir, il n'était pas bien « plus encore une assistance généreuse que deux « faibles créatures se prêtent contre tous les maux « de l'humanité et un mutuel entre support « dans la carrière douloureuse de la vie ». (Discours du tribun Gillet). Il ajoute que M. Alfred Naquet lorsqu'il déposa son projet en 1878, avait admis la démence comme cause de divorce, quand le conjoint avait perdu la raison depuis plus de 2 ans, mais que cette proposition fut écartée sous différents motifs, principalement sur l'intervention de trois célèbres aliénistes MM. les Docteurs Blanche, Charcot et Magnan, qui émirent devant la Commission parlementaire l'opinion qu'il n'était pas possible d'affirmer avec certitude l'incurabilité de l'aliénation mentale, opinion qui fut résumée par M. de Marcère dans un rapport au Sénat. (*Journal officiel* du 14 mars 1882, Débats parlementaires, p. 323). La Commission, qui avait chargé le conseiller Jacomy de faire un rapport, comprenait, paraît-il, des aliénistes qui ne partagèrent pas cette manière de voir et qui crurent pouvoir affirmer que, dans l'état actuel de la science, on pouvait, à des signes certains, reconnaître l'incurabilité de la maladie parvenue à un certain degré, en dehors même des cas de paralysie générale (le rapporteur a omis de donner les noms de ces aliénistes). Toujours est-il que la Commission avait été d'avis d'admettre l'aliénation mentale incurable comme cause de rupture du lien conjugal sous certaines conditions déterminées, sans lui attribuer pourtant le ca-

ractère d'une cause péremptoire au divorce et en laissant toujours aux tribunaux la faculté de l'accueillir ou de l'écarter suivant les circonstances.

M. le professeur Brouardel déclara qu'avant de discuter les conclusions de M. Jacomy, il serait bon de spécifier quels étaient les signes qui permettaient d'affirmer qu'un aliéné était incurable.

M. le Dr Vallon s'associa à la remarque de M. Brouardel et ajouta qu'il pouvait être dangereux d'établir, en droit, que l'incurabilité était une cause de divorce car les autres maladies incurables pourraient être également invoquées comme cause de divorce : lupus, tuberculose, épilepsie, etc.

La Société décida que M. le Dr Motet réunirait tous les médecins aliénistes faisant partie de la Société pour élucider la question préjudicielle ; « Des signes de l'incurabilité chez les aliénés ».

Cette commission, après discussion, a déclaré : *Cliniquement, il n'est pas possible de dire qu'il n'y a pas d'aliénés incurables. Mais au cours des aliénations chroniques, il n'y a pas, pour le médecin, de critérium absolu de l'incurabilité si ce n'est aux dernières périodes de ces maladies.*»

Après un débat en séance, la Société adopta à l'unanimité le texte nouveau ainsi conçu que proposa M. le conseiller Jacomy :

Dans l'état actuel de la science médicale, l'incurabilité définitive de l'aliénation mentale ne peut être affirmée que dans la dernière période de la maladie, et par conséquent dans des cas trop rares pour justifier une modification de la législation actuelle sur le divorce.

Au mois de novembre 1905, M. Colin, député d'Alger, avant saisi le Parlement d'un projet de loi qui tendait à admettre la folie comme cause légale du divorce, la Société de médecine légale envoya ses travaux à la Commission chargée d'étudier la proposition de M. Colin qui n'aboutit pas.

M. Viollette ayant, dans son projet, admis qu'il ne peut être question, comme cause de divorce, que de l'aliénation *incurable*, la déclaration formelle de la Société de médecine légale de France devra le convaincre et l'amener au retrait de sa proposition.

Veuillez croire, mon cher Docteur, à mes sentiments les meilleurs.

GEORGES ROCHER.
Avocat à la Cour d'Appel de Paris,
ancien membre du Conseil de l'Ordre,
ancien Président
de la Société de Médecine légale de France.

(*A suivre.*)

REVUE DE CHIRURGIE

Un nouveau procédé de réduction de la luxation récente de l'épaule, par M. le Dr WAGNER (de Stettin).

Les procédés de réduction de la luxation de l'épaule ne manquent certes pas. Les classiques nous enseignent que, hormis le Kocher et le Mothe, il n'en existe pas de sûr. C'est possible. Quoi qu'il en soit, il ne nous est pas défendu, quand nous en voyons préconiser un simple, facile et qui paraît efficace, de l'essayer à la première occasion. Tel paraît être le cas pour le procédé que décrit M. le Dr Wagner, assistant de la clinique chirurgicale du professeur Häckel, à Stettin.

Le sujet, qui vient d'être atteint d'une luxation sous-coracoïdienne de l'épaule — après que l'on a exploré la sensibilité du moignon pour se rendre compte s'il existe une lésion nerveuse — est assis sur une chaise, le dos fortement appuyé contre le dossier. Sous le bras luxé, on introduit un coussin de 0,20 cent. de longueur sur 0,10 cent. de largeur renfermant de l'ouate ordinaire bien comprimée et on pousse ce coussin le plus profondément possible dans l'aisselle de telle façon qu'il ne se déplace pas. On peut le fixer davantage en passant sur lui une serviette pliée dans sa plus grande longueur et nouée autour du cou sur l'épaule opposée. Voilà le premier temps.

Le deuxième temps consiste pour le praticien à s'asseoir en face du malade, du côté du bras luxé et à saisir d'une main le coude et de l'autre le poignet. Puis, il essaie avec précaution, mais pourtant avec une certaine force, d'appliquer le coude du patient contre la poitrine de ce dernier, assez lentement pour ne déterminer aucune plainte de sa part. La brusquerie de ce mouvement ne servirait qu'à augmenter la résistance musculaire. Si l'on sent se produire un peu de contracture, on arrête le mouvement pour le reprendre au bout de quelques instants.

Dans certains cas, il convient de ne pas appliquer le bras contre la poitrine, mais de l'amener un peu en avant de celle-ci par un léger mouvement de rotation et de l'appuyer sur la région épigastrique. Cette dernière façon de faire permet d'obtenir chez les personnes grasses de meilleurs résultats que lorsqu'on procède comme il est dit en premier lieu. En même temps, on imprime au bras des mouvements de circumduction, comme lorsqu'on veut chercher à percevoir à travers les tissus la tête humérale et la plupart du temps la tête rentre tout d'un coup à sa place, à la suite d'un léger mouvement de rotation en dehors. Cette rentrée peut se faire sans bruit ou avec un claquement caractéristique. Pour s'assurer que la luxation est bien réduite, l'opérateur peut s'en rapporter à la modification de la forme de l'épaule, laquelle a repris son aspect normal, ou bien il peut s'adresser à la radiographie.

Ce procédé est d'habitude complètement indolore et il ne demande que quelques secondes, au grand maximum quelques minutes. Dans les cas où, par exception, le malade se plaindrait d'éprouver des douleurs trop vives, on serait autorisé à pratiquer une injection sous-cutanée de 0,010 à 0,015 milligr. de morphine.

Nous ne pouvons que nous intéresser à ce procédé qui n'emploie que la douceur et, en somme, a recours à des manœuvres très rationnelles et très simples.

Le siège d'élection de la ponction de l'ascite, d'après le Professeur QUÉNU.

On conseille généralement de tirer une ligne allant de l'ombilic à l'épine iliaque et de faire la ponction à mi-chemin de cette ligne. C'est là un procédé dangereux, car il existe à cet endroit des vaisseaux sous cutanés et profonds qui échappent au regard. D'abord dans l'ascite la circulation veineuse est exagérée. De plus on sait que l'artère et la veine épigastrique partent du milieu de l'arcade de Fallope et remontent obliquement dans la gaine du droit sous le péritoine. Lorsqu'on ponctionne avec le trocart au point indiqué on peut blesser ces vaisseaux, le liquide revient clair, le trocart faisant l'hémostase, mais dès qu'on l'enlève le vaisseau saigne non dans la plaie mais dans le péritoine.

Il faut ponctionner sur la ligne médiane après avoir sondé le malade. A deux ou trois travers de doigt du pubis on a du tissu fibreux peu douloureux. Le trocart enfoncé à cet endroit a en outre l'avantage de la déclivité. Ce siège d'élection pour la ponction a donc une double supériorité. Il rend l'évacuation plus complète et l'hémostase plus simple.

Le Jubol

Le Jubol forme *éponge* en prenant 16 fois son volume d'eau dans l'intestin. Il apporte à l'organisme les sécrétions biliaires et intestinales qui lui font défaut.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Les nouveaux traitements des vomissements incoercibles de la grossesse

Se basant sur l'atération subie par les capsules surrénales au cours de la grossesse, on a tenté de traiter les vomissements incoercibles d'origine gravidique par l'extrait de capsules surrénales. M. le docteur Robinson (de Paris) a pensé que ce produit pouvait être remplacé avantageusement par l'adrénaline qu'il a employée dans deux cas extrêmement graves.

La première malade ne pouvait garder le moindre aliment et se trouvait dans un état de maigreur extrême, quand il lui prescrivit X gouttes d'adrénaline au 1000e ; dès le premier jour, les vomissements s'arrêtèrent et la malade put s'alimenter ; au bout de trois semaines, le traitement fut suspendu, et les vomissements reparurent ; la malade reprit de l'adrénaline et put donner naissance à un enfant venu à terme bien portant.

Dans le second cas, la femme avait un état pseudo-cadavérique et allait être délivré artificiellement à cause de la gravité de son cas quand M. Robinson lui injecta sous la peau X gouttes de solution d'adrénaline ; dès la première injection, les vomissements s'arrêtèrent ; au bout de huit jours, l'adrénaline put être administrée par la voie gastrique et la patiente put mettre au monde un enfant à peu près à terme.

Ces deux faits montrent la liaison intime des capsules surrénales avec les glandes génitales.

La pigmentation de la peau, les vomissements rebelles, la lassitude qu'on observe dans la maladie d'Addison se rencontrent également dans certains cas de gravidité. On peut interpréter ces manifestations par la théorie suivante : les produits des surrénales et des glandes génitales se neutralisent à l'état normal ; mais, lorsque l'un des deux producteurs est en suractivité, l'autre succombera fatalement, à moins d'une suppléance de la part d'un organe vicariant ou d'une médication appropriée.

On sait aujourd'hui que l'ostéomalacie cède à l'opothérapie surrénale, comme elle cédait naguère à l'ablation des ovaires. La synergie des deux fonctions devient ainsi incontestable.

A côté de ce traitement, il vient d'en être préconisé un autre ces jours derniers même.

M. le Dr Le Lorier, en effet, vient de faire connaître à l'Académie de médecine les résultats que lui ont donnés les injections sous-cutanées de sérum de femme enceinte normale chez une gestante de deux mois et demi environ, atteinte de vomissements graves manifestement liés à l'état de grossesse. Cette malade était, à son entrée à la maternité de Beaujon, dans un état cachectique avancé, ayant perdu 23 kilogrammes en deux mois, exactement le tiers de son poids normal. Son pouls battait constamment plus de cent fois par minute. Elle ne gardait aucun aliment liquide ou solide. M. Le Lorier lui injecta une première fois douze centimètres cubes et deux jours après quinze centimètres cubes de sérum de femme enceinte normale. Ce sérum fut prélevé par ponction veineuse sur une grande multipare près du terme, indemne de tout accident gravido-toxique à toutes ses grossesses et de très bonne santé. Le résultat obtenu fut extrêmement satisfaisant et rapide, les vomissements s'atténuèrent très vite : en six jours le pouls tombait au-dessous de 100 et la malade augmentait de 500 grammes ; peu après elle quittait le service en très bon état n'ayant pas grand appétit mais ne vomissant plus.

L'auteur fait remarquer qu'avant lui Meyer

et Linser ont employé cette méthode thérapeutique avec un brillant résultat dans deux cas très graves de dermatose gravidique autotoxique et il estime qu'en raison de son innocuité elle mérite d'être essayée dans tous les cas où les femmes enceintes présentent des accidents imputables à une toxémie villeuse.

Seule l'expérimentation sur une large échelle permettra d'apprécier la valeur de cette méthode, car, en ce qui concerne les vomissements graves de la grossesse en particulier, on peut dire que toutes les médications ont été essayées et que toutes ont donné des succès.

REVUE D'HYDROLOGIE

Lavage et masso-lavage du côlon, technique et indications, par J. Baumann, médecin consultant à Châtel-Guyon (*Arch. des mal. de l'app. digestif*).

Si l'on veut obtenir du lavage de l'intestin l'action efficace que l'on est en droit d'en attendre, il est nécessaire de soumettre son application à une technique précise et minutieuse, de ne l'utiliser qu'avec modération et lorsque les indications l'exigent, enfin de ne procéder qu'avec la plus grande douceur surtout si le gros intestin est le siège de réactions spasmodiques.

Le *lavage simple* ordinairement employé soit à petites doses, comme laxatif et excitant rectal, soit à doses plus élevées comme irrigation intestinale, ne doit être prescrit qu'avec une quantité de liquide n'excédant pas un litre, sous une pression très faible de 20 à 30 centimètres et surtout à une température voisine de la normale, 37° à 38° (A. Mathieu). La sonde rectale couramment employée, ne doit être introduite à plus de 15 centimètres. L'usage de grandes sondes est illusoire, elles ne pénètrent que rarement dans les circonvolutions iliaques. Le débit de l'eau se fera lentement, d'une façon continue comme pour les injections intestinales de sérum physiologique (Murphy). Un litre de liquide est absorbé ainsi en 20 ou 30 minutes. Malgré ces précautions le lavement ne donne en beaucoup de cas que des résultats insuffisants. Souvent il ne pénètre pas, s'accumule dans la partie inférieure du gros intestin, le distend ou l'irrite en provoquant de la douleur et de l'intolérance, et ne provoque qu'une évacuation minime de matières ou de scybales. Son usage journalier entraîne l'accoutumance et l'abolition des réflexes, ou exagère la contraction spasmodique et l'arrêt des matières et la production des fausses membranes.

Le *double lavage*, très en faveur à Châtel-Guyon, peut parfois parer à ces inconvénients et favoriser une pénétration plus complète. Il consiste à donner deux lavages consécutifs d'un demi-litre à un litre environ et à très faible pression. Le premier lavage sert en quelque sorte d'amorçage, prépare l'intestin et l'évacue en partie. Rejeté de suite il contient en général une petite quantité de matières. Le second lavage donné aussitôt après, dans les mêmes conditions, doit être gardé pendant quelques minutes, le patient restant en position horizontale. Il entraîne avec lui ordinairement une très grande quantité de matières de scybales et de déchets (fausses membranes, sable, etc.).

Malheureusement il ne donne pas toujours aux malades la sensation d'une exonération complète et, dans quelques constipations très rebelles et chez certains spasmodiques, ne procure qu'une évacuation minime.

Pour obtenir du lavage son maximum d'effet, j'ai adopté une manière de faire, qui, je crois, n'a pas encore été décrite, dont les résultats ont été très encourageants et qui est susceptible de rendre des services dans la pratique hydro-minérale et dans la pratique courante. Ce procédé, auquel on peut donner le nom de *masso-lavage* consiste à associer le massage au double lavage. La technique en est simple. Un premier lavage de 400 à 500 grammes est injecté dans les conditions habituelles et rejeté aussitôt ; on le fait suivre d'une seconde injection de 700 à 800 grammes, un litre au plus. Le patient est alors placé en décubitus dorsal et l'opérateur se mettant à sa gauche commence de suite à pratiquer les manœuvres de massage. Elles peuvent se faire en trois temps. Le premier temps exige seul une certaine délicatesse. Il consiste à faire passer le liquide accumulé dans l'ampoule rectale on dans les circonvolutions de l'anse sigmoïde, dans les côlons descendant et transverse. L'opérateur plaçant les deux mains obliquement à la paroi abdominale, dans la fosse iliaque gauche, l'extrémité des doigts appliquée contre le pubis, déprime profondément la paroi et laissant glisser doucement cette paroi sous les doigts, remonte lentement vers l'angle splénique du côlon en suivant son trajet. Il exerce ainsi une série de pressions avec glissements de *bas en haut* le long du côlon descendant. On sent aisément le liquide progresser, et passer avec gargouillements au niveau des points spasmés. Deux points semblent surtout s'opposer au passage du liquide. L'un qui paraît être sus-ampullaire, au niveau du sphincter d'O'Beirn, se rencontre surtout chez les sujets qui souffrent du lavage et ne peuvent le garder. Les premières passes de massage suppriment ces signes d'intolérance. Le second point, plus fréquent, paraît situé à la limite de la portion iliaque de l'anse sigmoïde et du côlon descendant (partie moyenne de la corde-côlique). Si l'on détermine la moindre sensibilité en ce point l'opérateur doit s'arrêter quelques secondes pour reprendre ensuite. Les pressions, bien que devant déprimer suffisamment la paroi abdominale, doivent toujours être pratiquées avec une extrême douceur. Le liquide réparti dans le côlon descendant, on continue les mêmes manœuvres en se dirigeant vers le côlon transverse. Le passage de l'angle gauche est souvent difficile. On arrive ainsi par une série de glissements à l'angle droit où l'on peut arrêter les manœuvres, le liquide arrivé dans le côlon transverse passant facilement dans le côlon ascendant, et il peut être dangereux de masser le cæcum de haut en bas. Le clapotage de la région cæcale indique le passage du liquide.

Au second temps on pratique un massage léger du côlon par *effleurage superficiel*, toujours en *sens inverse* du cours des matières, de gauche à droite, pour répartir le liquide, délayer les matières et nettoyer ainsi la muqueuse. Dans les cas d'atonie on peut y ajouter quelques succussions digitales ou un léger pétrissage.

Enfin, le troisième temps consiste à faire un massage de quelques minutes par effleurage superficiel, dans le *sens normal* du cheminement des matières, pour rétablir leur cours et régulariser le péristaltisme du gros intestin.

L'évacuation qui suit est ordinairement immédiate, parfois tardive mais toujours caractérisée par le rejet de quantités considérables de matières plus ou moins délayées, et suivie pour les malades d'une sensation d'exonération et de mieux être.

Ce procédé doit être employé avec mesure et modération. En aucun cas chronique il ne doit être d'un usage journalier et fréquent car il entraînerait fatalement l'accoutumance ; c'est avant tout un excellent moyen *palliatif*. On ne saurait trop redire en outre que les procédés de douceur sont seuls admis, et que toute manœuvre brutale est dangereuse. Il ne faut jamais insister si le patient accuse une souffrance.

Les avantages de cette manière de faire sont nombreux et précisent ses indications.

1° Le masso-lavage procure dans les cas de coprostase rebelle, d'accumulations et de rétentions stercorales haut situées, une exonération complète et un soulagement immédiat et rapide. Il a en outre l'avantage de provoquer une évacuation du cæcum et du côlon transverse.

2° Il facilite l'introduction du liquide dans les cas de spasme du gros intestin, sans nécessiter de grandes quantités de liquide, et l'évacuation des déchets retenus en amont (constipation spasmodique, côlite muco-membraneuse).

3° Il permet de faire un nettoyage et un véritable décapage des replis de la muqueuse intestinale, de porter directement sur elle les solutions médicamenteuses, et d'agir utilement sur les lésions qu'elle peut présenter : côlites, dysenteries des pays chauds, ulcérations ou lésions diverses.

4° Sous son action, on atténue très rapidement les fermentations et les putréfactions intestinales consécutives aux stases qui se forment en amont des spasmes que le lavement ne peut franchir.

En généralisant on peut en attendre de bons résultats dans certains états toxi-infectieux d'origine gastro-intestinale (embarras gastrique, intoxications alimentaires, auto-intoxications, états fébriles, infections grippales, typhiques ou paratyphiques, urémie, etc.). Les quelques cas semblables où nous l'avons appliqué ont été suivis de résultats très satisfaisants.

Mêmes indications pour le double lavage. Il faut cependant noter à son sujet une accoutumance plus rapide, et parfois, chez les spasmodiques, de l'intolérance et des réactions coliques variables. Son application doit être attentivement surveillée.

Quant au lavage simple, il ne peut être employé qu'à petites doses et à titre d'excitant rectal. Encore est-il préférable de lui substituer, dans tous les cas, les injections rectales d'huile d'olive (Fleiner).

REVUE DE VÉNÉRÉOLOGIE

Sur le chancre blennorragique, par le Dr Julien, chirurgien de Saint-Lazare. (*Bull. méd.*).

La question de l'infection générale gonococcique est à l'ordre du jour dans les journaux allemands et je tiens à en faire mention parce que, dans une observation de Leede, une ulcération blennorragique joue un rôle prépondérant (*Munch. med. Woch.*, 28 février 1911). Je la résumerai brièvement.

Trois jours après un rapport suspect, un homme de quarante-neuf ans constate un peu de rougeur et d'inflammation dans la région prépuciale ; peu après apparurent des douleurs dans les articulations des deux pieds, dans celles de la main droite et de l'épaule gauche. En ces points, il y avait du gonflement et de l'algie.

A l'hôpital d'Eppendorf, on trouva dans le sillon un chancre mou avec lymphangite dorsale de la verge et gonflement des ganglions inguinaux. Pas de gonocoques. Il n'y avait, du reste, aucun écoulement par le canal, dont l'extrémité se présentait à la spatule de platine comme absolument exempte de microbes.

Cependant les arthropathies continuaient, les muscles s'atrophiaient, la température oscillait entre 37°2 et 40°. Bientôt l'aggravation se prononça, le malade s'affaiblit, et il s'éteignit le cinquante-troisième jour de sa maladie.

A l'*autopsie*, myocardite dégénérative et arthrite suppurée bilatérale tibio-tarsienne. Mais, le plus surprenant, c'est que, dans le pus, on trouva de nombreux gonocoques à l'état de culture pure.

L'auteur allemand pense que l'inoculation du produit blennorragique a eu lieu au niveau du chancre mou, et que l'infection de toute

l'économie s'est faite par les lymphatiques de la verge.

On ne saurait trop appeler l'attention sur un fait aussi important. Les déduction théoriques qu'en a tirées l'auteur me semblent avoir besoin de quelques développements.

Selon toute probabilité, il s'est agi d'un chancre mixte contenant à la fois le microbe de Neisser et celui de Ducrey. Telle est la seule explication compatible avec les faits exposés.

L'ulcère blennorragique n'est sans doute pas absolument classique auprès de tous les spécialistes, mais sa réalité a été tant de fois affirmée et démontrée qu'on ne saurait la mettre en doute. On me permettra de rappeler l'historique de la question.

En 1879, dans mon *Traité des maladies vénériennes*, j'insistai sur *certaines conditions susceptibles de favoriser l'apparition d'ulcère au cours de la blennorragie*. Peu après, Leloir s'attacha à décrire des excoriations d'origine gonorrhéique.

Dès 1896, ma conviction était faite et je soutenais au Congrès de Londres que de pareilles lésions existaient réellement et qu'elles étaient même fréquentes. J'eus alors la satisfaction de voir Janowski (de Prague) appuyer mon opinion et déclarer avoir plusieurs fois été témoin de faits analogues.

Même confirmation a été apportée depuis par Horteloup, Furbringer et Druelle.

Dans mes leçons de Saint-Lazare, en 1905 (1), j'ai étudié la question sous toutes ses formes et montré combien de variétés elle pouvait présenter.

Ici c'est un jeune homme que Guelliot vient d'opérer pour une cure radicale de hernie. Au cours d'un pansement, une goutte de pus provenant d'une blennorragie, dont le malade était atteint, tombe sur la plaie opératoire. Peu après, la température monte à 38°, les sutures sont désunies, un pus chocolat s'échappe plein de gonocoques, et la guérison ne survient qu'au cinquante-septième jour.

Une observation presque identique est rapportée par Tonssaint.

A Thalmann, assistant du prof. Lesser, sont dues deux observations non douteuses d'ulcères gonorrhéiques.

Salomon, assistant de Blaschko, a publié le cas particulièrement net d'une jeune servante (20 ans), atteinte d'un écoulement utérin et urétral abondant, très gonococcique. On voyait deux ulcérations, l'une sur le bord de la petite lèvre droite, l'autre à gauche, en face de la précédente. Ces ulcérations étaient profondes, fortement échancrées, à bords indurés. Le fond était recouvert d'un enduit crémeux, noirâtre, sans autre microbe que celui indiqué ci-dessus.

Je trouve enfin dans la dernière livraison du journal de Campana (Mai 1911), une observation intitulée : *Chancre induré blennorragique simulant un syphilome.*

Il y avait un ulcère avec perte de substance creusante au centre ; les bords étaient durs. Le détritus purulent contenait beaucoup de gonocoques ; pas d'écoulement urétral.

Voici déjà une série de faits, pas très nombreux, mais assez précis pour ne laisser place à aucun doute. Mais il y en a bien d'autres si l'on comprend ceux qui ont été publiés par Gaston et Baudoin et qui furent rencontrés sur le col utérin.

Il est une autre localisation, la plus fréquente peut-être : celle qui s'établit au cours de la blennorragie rectale. Nul n'ignore que dans le cours de cette affection l'entamure de la muqueuse constitue, avec le condylome et l'écoulement, le trépied sur lequel se base le diagnostic ; et ces cas ne sont pas rares.

Je passe sur la folliculite et l'ecthyma blennorragique qui nous montrent le parasite en contact avec la peau, parfois même prenant un aspect sycosiforme.

Gravagna a vu, près de la vulve, des tumeurs grosses comme des noisettes — abcès lymphatiques remplis de gonocoques et prêts à s'ouvrir.

Enfin, on a cité de graves phlegmons qui n'avaient pas d'autre origine que ce microbe porté à distance.

Je n'ajouterai rien de plus ; il est facile de comprendre combien d'infections secondaires peuvent se greffer sur cette perte de substance. Il existe notamment des chancres blenno-chancreleux à la surface desquels on trouve les deux microbes. Avec M. Monel j'en ai observé un cas indiscutable à Saint-Lazare.

Il m'a semblé que l'observation de Leede entrait fort exactement dans le cadre de ces faits et que les théories nouvelles en permettaient une lumineuse explication ; et c'est pourquoi j'ai tenu à la faire connaître et à la commenter.

(1) *La Blennorragie, formes rares et peu connues*, leçons recueillies par M. Belgodère (Baillière, 1906).

REVUE D'OPHTALMOLOGIE

Les affections des yeux dues aux dents malades.

Les croyances populaires attribuent certaines maladies des yeux à des lésions dentaires. Le Dr A. Terson, en étudiant cette question, compare les cas de ce genre observés par lui à ceux qui sont classés dans la science et aboutit aux conclusions suivantes. Certainement, il existe, quoique moins fréquemment qu'on ne l'a cru, des maladies des yeux produites ou aggravées par des dents malades et parfois par une opération sur les dents. L'auteur cite des cas de spasmes des paupières, de névralgies, d'abcès divers, de larmoiements rebelles, de glaucomes, d'hémorragies intraoculaires, d'abcès de l'orbite et même du cerveau, qui relèvent de cette cause. Contrairement à l'opinion populaire, ce n'est nullement la canine, la « dent de l'œil », qui cause le plus grand nombre d'accidents oculaires, mais bien les premières molaires supérieures, à cause du voisinage du sinus maxillaire. Toutes les dents, même celles de la mâchoire inférieure, peuvent être d'ailleurs la cause d'une affection oculaire, quelquefois très grave et nécessitant un traitement d'urgence.

REVUE DE RADIOLOGIE

Traitement des lésions tuberculeuses profondes extra-pulmonaires, par le radium, par les Drs H. Dominici et H. Chéron.

Les docteurs H. Dominici et H. Chéron ont obtenu une amélioration considérable ou la guérison de quelques lésions tuberculeuses profondes extrapulmonaires, telles qu'adénopathie chronique, carie costale, (en collaboration avec le Dr Barbarin), fistule consécutive à l'extirpation incomplète des foyers bacillaires, par l'introduction, dans les tissus tuberculeux, de tubes en argent contenant du sulfate de radium.

Ces recherches leur ont démontré :

1° La supériorité de l'introduction des tubes radifères dans les foyers bacillaires, sur le procédé qui consiste à placer à leur surface des appareils à sel collé ;

2° L'efficacité de la radiumthérapie à l'égard de certaines lésions tuberculeuses qui se montraient jusque-là rebelles aux autres médications.

Ils concluent de ces résultats, non pas la précellence régulière de la radiumthérapie sur les autres modes de traitement des lésions tuberculeuses, mais un encouragement à en continuer l'étude et à en combiner l'action à celle de la chirurgie et des divers agents physiques tels que les rayons X, l'air chaud, la diathermie, sans oublier les cures hygiénique, médicamenteuse et orthopédique.

CARNET DU PRATICIEN

Tuberculose du larynx. — Période ulcéreuse

1° Pour calmer les douleurs, badigeonner le larynx avec la solution suivante :

Extrait d'opium	0 gr. 50
Extrait de belladone	0 gr. 50
Eau distillée de laurier-cerise	20 grammes

Ou bien, faire des infusions de morphine : deux fois par jour, 7 milligrammes de morphine mélangés avec de l'amidon, et augmenter la dose jusqu'à 3 centigrammes.

Moure emploie les pulvérisations avec 30 centigrammes de chlorhydrate de morphine dans 500 grammes d'eau distillée.

Ou peut déposer dans le larynx, au moyen d'un tube insufflateur, un peu de la poudre suivante :

Acétate de plomb	2 grammes
Chlorhydrate de morphine	0 gr. 20
Sucre de lait	10 grammes

Après avoir détergé la muqueuse avec une pulvérisation au chlorate de potasse ou au bicarbonate de soude.

2° Cautérisation des surfaces ulcérées, soit à l'aide du nitrate d'argent, soit avec le galvanocautère, dont l'action est plus rapide, soit avec la teinture d'iode, soit au moyen de la préparation suivante :

Iode	0 gr. 30
Iodure de potassium	3 grammes
Glycérine	10 —

Ou peut employer la liqueur de Villate quand la suppuration est abondante.

Pour modifier les surfaces malades, l'emploi de l'iodoforme en suspension dans la glycérine au moyen de badigeonnages est beaucoup plus avantageux que les insufflations de poudre simple qui répugnent au malade.

3° Si l'œdème rend l'asphyxie imminente, pratiquer sans hésiter la trachéotomie.

4° Veiller à l'alimentation des malades.

On supprime l'impossibilité de la déglutition soit en insensibilisant les parties par la cocaïne, soit au moyen d'un tube (qui n'a pas besoin d'être bien long), introduit dans l'œsophage.

Enfin on peut obtenir la cicatrisation des ulcères tuberculeux au moyen de l'acide lactique employé en solutions de 10 à 80 0/0, et même à l'état pur.

Pilules conseillées au cours de la cure d'amaigrissement

Iodure de potassium	0 gr. 05
Carbonate de potasse	0 gr. 05
Thyroïdine	0 gr. 02
Extrait hydro-alcoolique de fucus vésiculosus	Q. S.

Une pilule N° 30 en prendre deux par jour.

(A. Robin.)

Pommade contre la friabilité des ongles

Huile de lentisque	15 grammes
Sel marin	2 —
Colophane	1 gr. 50
Alun	1 gr. 50
Cire vierge	1 gr. 50

F. S. A.

Pommade dont on enduira les ongles, le soir.

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 17.500 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 35, rue J.-J. Rousseau

Le Gérant : Docteur Lucien-Graux.



ÉCHOS

Un nouveau pharmacien-député

Le nombre des pharmaciens-députés vient de s'agmenter d'une unité: M. Lalanne, pharmacien à Hagetmau (Landes), vient d'être élu député de l'arrondissement de Saint-Sever.

Service médical de colonisation en Algérie.

Un concours pour le recrutement de dix médecins de colonisation sera ouvert, le 13 novembre 1911, à Alger (faculté de médecine), à Paris (office de l'Algérie) et à la préfecture des villes possédant des facultés ou écoles de médecine.

Les médecins de colonisation sont répartis en sept classes qui correspondent à des traitements variant entre 3.000 francs et 6.000 francs.

En dehors de leur traitement et de la clientèle payante, ces médecins reçoivent une indemnité de logement de 500 francs, à défaut du logement en nature et, éventuellement, des allocations fixes ou variables pour le service des infirmeries indigènes, consultations gratuites aux indigènes, vaccinations, transports judiciaires, chemins de fer, etc.

Pour tous autres renseignements, s'adresser à la direction de l'intérieur, 2e bureau du gouvernement général de l'Algérie.

Insuffisance hépatique

Doit être traitée par l'opothérapie hépatique, c'est-à-dire par la Filudine.

Clinique médicale infantile (149, rue de Sèvres). — *Programme du cours de perfectionnement (22 août - 9 septembre 1911).*

22 août, 10 h. : M. *Tixier*, Hypertrophie chronique du tissu lymphoïde du pharynx; 4 h. 1/2 : M. *Nobecourt*, Rhumatisme articulaire aigu. Endocardites aiguës. — 23 août, 10 h. : M. *Tixier*, Colites; 4 h. 1/2 : M. *Voisin*, Diagnostic clinique des méningites. — 24 août, 10 h. : M. *Tixier*, Tuberculose du nourrisson; 4 h. 1/2 : M. *Nobecourt*, Endocardites chroniques. — 25 août, 10 heures : M *Tixier*, Diagnostic et traitement de la fièvre typhoïde; 4 h. 1/2 : M. *Lemaire*, Les laits utilisés chez les nourrissons. — 26 août, 10 h. : M. *Lemaire*, technique de l'allaitement; 4 h. 1/2 : M. *Merklen*, Coqueluche. — 28 août, 10 h. : M. *Darre*, Diagnostic des angines aiguës; 4 h. 1/2 : M. *Merklen*, Coqueluche. 29 août, 10 h. : M. *Darre*, Diagnostic des laryngites aiguës. Traitement de la diphtérie; 4 h. 1/2 : M. *Nobecourt*, Péricardites. — 30 août, 10 h. : M *Darre*, Scarlatine. Varicelle; 4 h. 1/2 : M. *Voisin*, Ponction lombaire et traitement des méningites. — 31 août, 10 h. : M. *Darre*, Rougeole. Rubéole; 4 h. 1/2; *Nobecourt*, Cardiopathies congénitales. Traitement des cardiopathies.

1er septembre, 10 h. : M. *Ferrand*, Erythèmes, impétigo, eczéma des nourrissons; 4 h. 1/2 : M. *Merklen*, Diagnostic et traitement des pleurésies. 2 septembre, 10 h. : M. *Ferrand*, Diagnostic et traitement de la syphilis héréditaire; 4 h. 1/2 : M. *Merklen*, Diagnostic et traitement de la pneumonie et des broncho-pneumonies. — 4 septembre, 10 h. : M. *Paisseau*, Rachitisme; 4 h. 1/2 : M. *Voisin*, Paralysie infantile. — 5 septembre, 10 h. : M. *Lemaire*, Troubles digestifs des nourrissons : étude clinique; 4 h. 1/2 : M. *Babonneix*, Encéphalopathies infantiles. — 6 septembre, 10 h. : M. *Paisseau*, Purpuras. Maladie de Barlow; 4 h. 1/2 : M. *Babonneix*, Chorée. Tétanie. — 7 septembre, 10 h. : M. *Paisseau*, Hypertrophie du thymus. Myxœdème; 4 h. 1/2 : M. *Babonneix*, Epilepsie. — 8 septembre, 10 h. : M. *Paisseau*, Anémies et leucémies; 4 h. 1/2 : M. *Voisin*, Tumeurs cérébrales — 9 septembre, 10 h. : M. *Lemaire*, Traitement des troubles digestifs des nourrissons; 4 h. 1/2 : M. *Babonneix*, Albuminuries.

La fortune de l'Institut de France

L'Institut de France est considéré comme une personne civile particulière. Il possède les domaines de Chantilly et de Langeais, ce qui fait de lui un des plus grands propriétaires fonciers de France. En outre, par la somme des arrérages dont il peut disposer, on se rendra aisément compte de la fortune qu'il gère.

Les arrérages de 1910 se partageaient ainsi :

Académie française, 464 315 fr. 62; Académie des inscriptions et belles-lettres, 230.338 fr. 23; Académie des sciences. 618.884 fr. 45; Académie des beaux-arts, 364.919 fr. 90; Académie des sciences morales et politiques, 244.774 fr. 04; Institut de France. 433.955 fr. 23, ce qui fait un total de 2.357.181 fr. 47.

Dentistes pour matelots

L'amirauté anglaise est si satisfaite des résultats donnés par la nomination d'un dentiste civil pour le service naval qu'elle a décidé de porter de 1 à 3 le nombre de ces praticiens dans le port de Portsmouth.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Travaux de la deuxième Conférence internationale pour l'étude du cancer, tenue à Paris du 1er au 5 octobre 1910. publiés sous la direction de M. le professeur Pierre Delbet, secrétaire général et M. le Dr R. Ledoux-Lebard, secrétaire de l'Association française pour l'étude du cancer. (Librairie Félix Alcan).

Réunis en un fort volume de plus de 800 pages. les travaux de la IIe Conférence internationale pour l'étude du cancer qui s'est tenue à Paris avec un particulier éclat, passent en revue successivement presque tous les côtés de cette vaste et passionnante question. Les 29 rapports consacrés par les plus éminents spécialistes de tous les pays à l'exposé détaillé des points les plus importants, les plus difficiles et les plus *nouveaux* constituent, sous une forme agréable et variée, un ensemble didactique du plus haut intérêt et comme un véritable traité du cancer donnant une idée nette et précise de l'état actuel de la science sur ce sujet si éminemment à l'ordre du jour.

La nomenclature et l'histogénèse des tumeurs, la statistique du cancer, le diagnostic clinique, les questions relatives à l'enseignement professionnel complémentaire et à l'éducation du public, la thérapeutique chirurgicale et non chirurgicale sous ses diverses modalités (radiothérapie, fulguration, sérothérapie, etc.), le traitement des inopérables, puis l'étiologie et la pathogénie avec l'immunité, le parasitisme, les traumatismes, enfin la pathologie comparée avec les tumeurs malignes des animaux domestiques et les tumeurs des vertébrés inférieurs, puis les tumeurs vraies chez les plantes, constituent autant de chapitres de cet important ensemble. L'intérêt s'en trouve encore accru par ce fait que les opinions les plus diverses et les idées courantes des Ecoles des divers pays y voisinent sans s'y confondre.

Dans une deuxième partie du volume sont réunies les discussions suscitées par l'étude des rapports que nous venons d'indiquer. Avec nombre de points nouveaux elles apportent des précisions intéressantes et des détails utiles, et servent en quelque sorte de complément et de commentaire au corps de l'ouvrage.

Tel qu'il est ce volume intéressera également le biologiste et le médecin désireux de mieux connaître un des plus grands problèmes de la pathologie et le spécialiste qui ne saurait se passer de le posséder.

Les plus grandes entreprises du monde.

La librairie Flammarion publie, en ce moment, un très intéressant ouvrage, dans lequel les auteurs ont voulu donner une description, aussi complète que possible, des « Plus grandes entreprises du monde », ces grandes œuvres, ces travaux qu'on aurait appelé jadis cyclopéens et qui auraient été attribués aux géants. Ils ont établi une comparaison éloquente entre certaines œuvres de l'antiquité et nos grands travaux modernes. Illustrations et texte ont été combinés pour expliquer, sans entrer dans des détails trop techniques, la construction et le lancement des navires gigantesques, l'aménagement des bassins et la construction des ports, l'édification des phares et des hautes tours, le creusement des vastes canaux et tous les engins formidables qui servent à les construire et ceux qui permettent leur exploitation.

Dans cet ouvrage, dont le programme est tout nouveau, les auteurs donnent une idée complète de la puissance des chemins de fer, des difficultés qu'il a fallu vaincre pour les construire et de l'important matériel roulant qui circule sur les diverses lignes de l'univers. Les ponts et viaducs, la métallurgie et la mécanique, la télégraphie et ses diverses transformations, la navigation aérienne et l'automobile ont été l'objet d'études des plus complètes; il en est de même pour toutes les nouvelles applications de la houille blanche et la transmission de la force à distance.

Les puits, les sources et les grandes distributions d'eau sont décrits en détail. Les sujets traités constituent un ensemble d'une grande variété depuis la construction des maisons monstres jusqu'aux dernières manifestations de la mécanique moderne pour les exploitations agricoles.

Daniel Bellet et Will Darvillé, deux confrères de la presse scientifique, bien connus pour leurs articles de vulgarisation, sont les auteurs de cet ouvrage, qui justifie parfaitement son titre, puisque « Les plus grandes entreprises du monde » résument les conquêtes de l'homme sur la nature, les grandes œuvres de l'humanité. les productions du génie industriel en vue de modifier la topographie de certaines contrées et de décrire toutes les œuvres colossales modernes.

Hygiène de l'Alimentation *dans l'état de santé et de maladie*, par le Dr J. Laumonier, 4e édition, entièrement refondue, 1 vol. in-16 de la *Collection Médicale*, cart. à l'angl., 4 fr. (Librairie Félix Alcan).

Cette quatrième édition est en réalité un livre entièrement nouveau. Tout en laissant à l'ouvrage son caractère pratique, l'auteur l'a remanié de manière à le mettre au courant des plus récentes acquisitions cliniques et expérimentales et à donner, sous la parure originale qui lui est propre, une idée exacte et précise de l'état actuel de nos connaissances en diététique. A signaler en particulier deux chapitres inédits, l'un consacré à l'exposé des conditions de cette bonne préparation culinaire dont on commence à comprendre la haute importance thérapeutique, l'autre aux altérations et falsifications des aliments, dont la fréquence croissante et les dangers devaient être signalés, et la transformation complète de la 4e partie : *Régimes alimentaires des malades*, dans laquelle sont exposés, non seulement les *régimes généraux*, avec tous les détails d'application qu'ils comportent, mais aussi les *régimes spéciaux* convenant aux différents états morbides, affections ou maladies qui ressortissent utilement de la diététique. Méthodiquement conçu, écrit dans un style clair, muni de tables qui facilitent les recherches, ce livre ne peut manquer de recevoir de la part du corps médical le plus favorable accueil; il sera également consulté avec profit par les chefs de famille.

Responsabilité pénale et Folie. *Etude médico-légale*, par P. Dubuisson, médecin de l'Asile Sainte-Anne, et A. Vigouroux, médecin de l'Asile de Vaucluse. Préface de M. le professeur Lacassagne, correspondant de l'Institut. (Librairie Félix Alcan.)

Cette étude médico-légale s'adresse à la fois aux magistrats et aux médecins : elle comporte une partie théorique où sont exposées les théories positives de la pénalité, de la responsabilité et de la folie, et une partie clinique qui renferme les applications pratiques des conceptions théoriques, c'est-à-dire l'étude des diverses formes de l'aliénation mentale et de ses rapports avec la criminalité.

Dans un chapitre préliminaire, les auteurs, positivistes convaincus, exposent les théories de la pénalité et prennent nettement parti pour la théorie de l'utilité sociale.

Dans la seconde partie, un court exposé clinique de chacune des formes d'aliénation mentale est accompagné de considérations médico-légales et d'un grand nombre de rapports. Là, sont envisagées les différentes solutions que comporte le problème que constitue chaque cas médico-légal.

Dans un chapitre spécial, sont étudiées les diverses formes de la folie proprement dite, considérées comme des affections propres aux différents instincts : l'hypochondrie, la mélancolie, le délire de persécution, etc. (instinct conservateur), les idées érotiques (instinct sexuel), les délires de grandeur (ambition et vanité)

Puis les auteurs examinent les cas dans lesquels l'excuse des inculpés est tirée de troubles mentaux liés à des accidents infectieux ou auto-toxiques, à la puberté, à la menstruation, etc.

Enfin, le dernier chapitre traite de la simulation de la folie et des moyens cliniques qui permettent de la mettre en évidence.

De très nombreuses et intéressantes observations rendent la lecture de ce volume facile et intéressante.

Traitement des aortites aiguës et chroniques. (*Consultations médicales françaises*), par le Dr Lucien Mayet, docteur ès sciences, chargé de cours à l'Université de Lyon. (A. Poinat, éditeur.)

Traitement moderne des épithéliomes et autres tumeurs malignes de la peau. (*Consultations médicales françaises*) par le Dr H. Bordier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon. (A. Poinat.)

La Source thermo-minérale et la Station de la Chaldette, par Lauby, docteur ès science, et le Dr Garrigou.

Excellente monographie.

Le Mentor « Riedel » de 1911.

Le *Mentor* français de 1911 se divise, comme son prédécesseur de 1908, en deux parties; la première contient les plus importants médicaments, spécialités et produits pharmaceutiques et techniques introduits sur le marché dans les dernières années; ceux-ci sont l'objet d'un rapport sur leur composition et emploi, court mais frappant et utile. La deuxième partie contient les spécialités pharmaceutiques de la Maison Riedel.

REVUE FINANCIÈRE

Le grand calme des vacances. Presque pas de transactions. La liquidation s'est bien passée. On craignait beaucoup en coulisse. Mais il n'y a pas eu d'ennuis. Les valeurs reprennent peu à peu leur cote normale avec l'éloignement du spectre de la guerre. Seuls, les titres mexicains ont baissé sur l'annonce de troubles nouveaux.

A.-S. Weil.

82e Année (Série XIIIe) — N° 107 Le Numéro : 25 Centimes Mercredi 16 Août 1911

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
9, Rue Denis-Poisson, PARIS
TÉLÉPHONE : 573-40

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale......... 15 fr.
Edition Espagnole.... 10 fr.
Edition Portugaise.... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

ÉCHOS

Académie de médecine.

La commission permanente pendant les vacances est ainsi constituée : MM. Gariel. Jaccoud, Hanriot, Hallopeau, Luca-Championnière, membres du conseil ; Achard, Barrier, Bourquelot, Capitan, de Fleury, Kaufmann, Kermorgant, Marty, Meillère, H. Monod, Netter, Pouchet, Roger, Vaillard, Vincent et Yvon.

On sait que cette commission permanente est chargée de répondre aux consultations que pourraient lui demander les pouvoirs publics.

Congrès ajournés

Le Congrès international de la tuberculose qui devait se tenir à Rome du 24 au 30 septembre 1911, a été renvoyé au mois d'avril 1912.

La même mesure vient d'être prise pour le VIIe Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie qui devait se tenir cette année à Rome également.

Les dents dans l'armée anglaise

Le Ministre de la Guerre a décidé que les hommes aptes au service militaire, mais ayant de mauvaises dents, seraient versés dans la réserve.

Association française de Pédiatrie.

La deuxième réunion de l'Association aura lieu à Paris, dans le petit amphithéâtre de la Faculté de médecine, les vendredi 6 et samedi 7 octobre 1911, sous la présidence de M. Comby.

Ordre du jour : Vendredi 6 octobre, matin 9 h., séance administrative. — 1° Admission des candidats ; 2° désignation du lieu et de la prochaine réunion en 1913 ; 3° organisation et date du Congrès de l'Association internationale en 1912. — A 9 h. 1/2, lecture et discussion du premier rapport sur le Syndrome de Little ; *a*) étiologie et pathogénie, M. Hutinel.

Soir, à 3 heures, deuxième séance administrative. — 1° Désignation des rapports et des rapporteurs pour la troisième réunion de l'Association française en 1913 ; 2° élection du bureau pour la troisième réunion en 1913. — A 4 heures, suite de la discussion des rapports sur le Syndrome de Little ; *b*) symptômes et diagnostic, M. Hausbalter ; *c*) traitement, M. Broca.

Samedi 7 octobre, matin 9 heures, lecture et discussion du deuxième rapport sur les Nouvelles méthodes de diagnostic de la tuberculose chez l'enfant ; *a*) Réactions à la tuberculine, M. Péhu ; *b*) recherche des bacilles dans les humeurs et sécrétions, M. Nobécourt.

Soir, 3 heures. — 1° Suite de la discussion des rapports ; *c*) radioscopie et radiographie, MM. Menard et Rist ; 2° communications diverses.

Les Membres de l'Association qui désirent faire des communications sont priés d'en faire parvenir avant le 1er septembre le titre et un résumé au secrétaire, 5, rue de Monceau.

Au sujet des empreintes digitales.

L'application du calcul des probabilités à l'identification des empreintes digitales prouve que pour avoir chance de trouver deux hommes présentant deux empreintes digitales identiques il faudrait un laps de temps supérieur à la durée probable de l'humanité.

En pratique, si on trouve dix-sept coïncidences entre deux empreintes, la certitude de leur identification est complète. En pareil cas, il n'y a qu'une seule chance de trouver ces dix-sept coïncidences sur l une des empreintes d'un des habitants actuels de la terre.

Le Dr Balthazard, au nom de qui le professeur Bouchard présentait récemment à l'Académie des Sciences un intéressant travail sur ce sujet, ajoutait qu'en médecine légale et dans les affaires criminelles on se contentait de onze ou douze coïncidences, car l'individu à identifier n'est pas un habitant quelconque du globe, mais un Européen, un Français, habitant d'une ville ou d'un village.

Une seule circonstance peut fausser les lois du hasard et conduire à la découverte d'un grand nombre de coïncidences entre les empreintes digitales : le fait d'examiner certaines empreintes de frères jumeaux.

Deux frères jumeaux ont présenté vingt-quatre coïncidences dans leurs empreintes digitales. Pour rencontrer une semblable similitude chez des sujets quelconques, le calcul des probabilités montre qu'elle ne pourrait se présenter qu'une fois sur dix-sept milliards d'individus.

Une nouvelle fraude alimentaire

L'industrie laitière s'est considérablement développée en Italie, ce qui a déterminé l'accroissement de la production fromagère ; le beurre trouvant facilement un débouché, les fabricants italiens ont été amenés à faire des fromages dans lesquels ils substituent la margarine à la crème du lait. Les éleveurs italiens ayant signalé cette fraude au gouvernement, celui ci obligea les fabricants de cette nouvelle sorte de fromages à les revêtir d'une marque spéciale.

Cette mesure protectrice contribua à déprécier sur place les fromages margarinés et alors on songea à les exporter en France ; à la frontière ou dans certaines villes du sud-est de la France, on fait disparaître la marque indiquant la margarination et l'on revend les fromages comme fromages de pur lait, sous la forme des fromages du Cantal ou de Laguiole.

La législation française est très sévère pour la substitution de la margarine au beurre ; mais rien n'a été prévu relativement à la substitution de la margarine à la crème de lait dans les fromages. Il est impossible que le gouvernement français ne prenne pas les mesures nécessaires pour protéger les fabricants de fromage du Plateau central, du Cantal et de l'Aveyron contre la concurrence déloyale que leur causent les fromages de margarine de provenance italienne.

Les lois sociales et la pharmacie

Le *Temps* publie successivement, d'après une enquête très serrée menée dans 40 professions à Paris, le prix des lois sociales que l'on connaît. Voici le coût pour les pharmaciens à Paris :

Un petit pharmacien gère seul sa boutique ; un moyen emploie de 1 à 3 élèves et de 1 à 3 garçons de magasin ; un gros, 10 élèves ou employés et 12 garçons de laboratoire ou de magasin. Un élève gagne de 250 à 300 francs par mois ; un garçon, 35 francs par semaine.

La prime d'assurance s'élevant à 0 fr. 50 0/0 des salaires, la loi sur les accidents du travail coûte 38 fr. 40 à un moyen patron, 274 fr. 20 à un gros.

Le repos hebdomadaire entraîne comme chômage : un dimanche sur deux et deux jours de semaine par mois. Si le personnel au repos n'est pas remplacé, surcroît de besogne pour le personnel resté au travail. S'il est remplacé, le total des salaires s'accroît d'un septième : de 1.097 francs pour une pharmacie moyenne, de 7.834 francs pour une grande pharmacie. Enfin, la loi des retraites coûte 13 fr. 50, en moyenne, à la première ; 108 francs à la seconde, sans compter le versement patronal pour les employés gagnant plus de 3.000 francs et ayant la faculté de profiter de la loi.

Appendicite et Annexite

Par le Dr IMBERT et L. CLÉMENT

Il existe une relation pathogénique entre l'appendice et les organes génitaux internes chez la femme, relation bien connue depuis la thèse de Barnsby et mise en lumière depuis par de nombreux auteurs.

Les rapports des deux organes et leur influence réciproque sont pour ainsi dire croisés, en ce sens que l'un peut infecter les autres et inversement.

On sait que les lésions des organes génitaux internes peuvent déterminer des inflammations appendiculaires, soit par infections directes (salpingites), soit par l'intermédiaire de coudures, adhérences, (fibromes, kystes de l'ovaire et du parovaire, et toutes autres affections qui par leur présence gênent les fonctions normales du vermium). D'autre part, il arrive que dans l'appendicite chronique les douleurs subissent une recrudescence au moment des règles et pour les crises aiguës, elles surviennent en général au début de la menstruation. « Beaucoup de fillettes, a dit Guinard, ont, au moment de la formation, des poussées douloureuses du côté de l'appendice. Il y a évidemment, dans tous ces cas, une congestion pelvienne à laquelle participe le vermium et qui favorise les accidents. »

Signalons encore, sans y insister davantage, les cas de grossesse compliquée d'appendicite, pour lesquels la même explication est de mise. Enfin, il est une appendicite puerpérale, de voisinage, ou ressortissant à l'infection générale.

Inversement l'appendice malade peut infecter les annexes et c'est dans cette catégorie que rentre le cas que nous rapportons ici :

La malade dont il s'agit est âgée de 19 ans, réglée depuis l'âge de 15. Comme antécédents, nous relevons chez elle une variole à 8 ans, et surtout une fièvre typhoïde très grave, il y a un an à pareille époque, et au cours de laquelle la malade présenta des complications alarmantes (début de péritonite, hémorragies intestinales, parotidite suppurée). De cette époque, datent une suppression complète des règles et de violentes douleurs abdominales. Celles-ci ont eu nettement leur point de départ à droite ; elles sont spontanées, exagérées par la pression, la marche, calmées par le repos. Il n'y a pas eu de vomissements, mais de la constipation.

A l'examen, la malade présente un ventre augmenté de volume, contracturé au niveau de la fosse iliaque droite ; cette région est le siège d'une tuméfaction dont le rebord supérieur convexe atteint l'épine iliaque antéro-supérieure, elle est mate, très douloureuse au palper et se prolonge au-delà de la ligne médiane. Le col utérin exploré par le toucher vaginal est reporté en arrière, le cul-de-sac antérieur étant rempli par une tuméfaction dure, se prolongeant dans le cul-de-sac droit qu'elle occupe tout entier. Les mouvements imprimés à la tumeur abdominale se transmettent à la tumeur vaginale et au corps de l'utérus ; celui-ci est à peu près normal. Cette exploration est très douloureuse Quant aux cul-de-sac gauche et postérieur, ils sont libres. Au toucher rectal, on sent la tuméfaction latérale droite, mobilisable par le palper abdominal.

Le 29 avril, M. Imbert fait une laparotomie médiane et trouve un volumineux massif d'adhérences comblant toute la fosse illiaque droite, portant sur les anses grêles et la paroi et empiétant sur la région iléocœcale qu'il englobe avec l'appendice.

Afin de circonscrire une irruption possible de pus, on suture l'une à l'autre deux anses grêles qui isolent la cavité péritonéale. La masse d'adhérences explorée de plus près plonge profondément dans le pelvis ; quant à l'appendice, il adhère par son extrémité inférieure à ce paquet inflammatoire et présente à sa base une forte congestion. Il est lié et sectionné au thermocautère ; on ne fait pas d'enfouissement à cause de la friabilité extrême du péritoine péri-cœcal La masse pelvienne dans laquelle sont noyées les annexes de ce côté est curettée et drainée.

Ultérieurement, il y eut une suppuration assez longue, mais les suites opératoires furent benignes. Plus d'un mois après, la malade, à peu près complètement cicatrisée, fut prise de vomissements bilieux et de douleurs abdominales généralisées.

La glace et le laudanum amenèrent une accalmie rapide, et la malade sortit guérie le 26 juin dernier.

A propos de ce cas de coexistence de lésions annexielles et appendiculaires, il est intéressant de se demander quel organe fut pris le premier et infecta secondairement son voisin.

Or, on retrouve dans l'histoire de la malade l'existence d'une fièvre typhoïde très grave ayant évolué dix mois environ avant la maladie actuelle. Ce cas nous semble donc rentrer dans la categorie des inflammations pelviennes consécutives à une infection d'origine intestinale, par l'intermédiaire d'une appendicite directement provoquée par l'infection éberthienne, parenté morbide dont Pozzi a le premier signalé l'existence.

Cette question des relations pathogéniques entre l'appendice et les annexes, les lésions de celles-ci étant consécutives à l'inflammation de celui-là, a fait déjà l'objet de nombreux travaux que nous pouvons résumer de la façon suivante :

1° Il est certaines oophoro-salpingites d'origine intestinale (Pozzi).

Quel en est le processus ?

En 1892, Clado a décrit un ligament appendiculo-ovarien, repli falciforme de 1 à 2 centimètres partant de la base de l'appendice et se perdant sur le bord supérieur du ligament large. Dans deux cas, il y a trouvé des lymphatiques appendiculaires avec ceux de l'appareil utéro-ovarien. Jonnesco a retrouvé ce ligament, non seulement chez la femme, mais aussi à l'état de vestige chez l'homme, sous forme d'un tractus qui, de l'appendice, se perd sur la paroi du petit bassin. De plus, chez la femme, outre le ligament appendiculo-ovarien de Clado, il existerait encore un repli qui, parti du ligament large gauche, irait au mésocôlon iliaque, sur le détroit supérieur (ligament infundibulo-colique de Jonnesco, homologue du ligament de Clado) : ce serait là une nouvelle voie possible de propagation des lésions intestinales aux annexes gauches.

Telle serait la voie de propagation qui semble naturelle dans les cas assez nombreux d'annexite post-appendiculaire, voie que Treub invoque à nouveau en 1897.

Mais le ligament de Clado vient d'être nié et méconnu par la plupart des anatomistes, et Lafforgue ne l'a trouvé que 20 fois sur 100. Barnsby, auteur d'une thèse importante sur ce sujet, ne l'a pas rencontré une seule fois sur 127 autopsies. Plus rationnelle paraît être la pathogénie qu'invoque Pozzi : il admet que la propagation se fait par les adhérences qui réunissent les annexes à l'intestin ; ces adhérences consécutives à l'appendicite s'organisent et il s'y développe des connexions vasculaires et lymphatiques qui solidarisent les deux organes devant l'infection et permettent l'extension du processus de l'un à l'autre.

D'autres auteurs ont traité la question à d'autres points de vue : indiquons seulement les travaux de Bouilly, Richelot, Doléris, Krüger, etc., les thèses de Besson, Nevejean, Dormoy, Leroy et plusieurs publications de Verstraete (de Lille).

2° A côté de ces cas où l'appendice malade vient infecter des annexes saines, il faut faire une place à ceux où l'on a affaire à une infection secondaire de pyosalpinx blennorragiques ou puerpéraux par un appendice enflammé. En effet, divers auteurs ont rencontré le *bacterium coli commune*, dans des salpingites suppurées d'origine nettement blennorragique ou puerpérale, ayant contracté des adhérences avec diverses portions de l'intestin, et, d'après Reymond, en présence du *bacterium coli commune*, les microrganismes, qui se trouvent préalablement dans les trompes, semblent présenter un regain de virulence.

Il ne semble pas que, dans le cas actuel, telle soit la pathogénie, la malade n'ayant jamais eu de phénomènes d'annexite antérieurs, ni aucun écoulement suspect, mais bien plutôt qu'il s'agisse d'une infection secondaire des annexes par un appendice enflammé consécutivement à une dothiénentérie.

Cette pathogénie, qui n'a pas réuni tous les suffrages, a cependant pour elle des faits indéniables, et, contrairement à l'opinion de Guinard, nous pouvons, semble-t-il, dire que, dans le « flirt appendiculo-annexiel », ce ne sont pas toujours les annexes qui font les avances.

A propos d'un Cas de Hanche à ressort

Par M. CARLE RŒDERER

L'hérédité de la luxation congénitale de la hanche est une opinion généralement admise et qui repose sur des faits nombreux.

Il s'agit, soit d'une hérédité directe, soit d'une hérédité collatérale — et fréquemment même quand au premier interrogatoire, les parents de l'enfant qui vous est soumis ne se rappellent pas de cas de luxation dans leur famille, les grands parents prévenus se souviennent de l'un ou l'autre parent et qui boitait depuis sa naissance.

Nous avons eu l'occasion récemment de faire une remarque plus rare. Le père d'une petite fille de trois ans — qui présentait une luxation double et d'ailleurs exceptionnellement élevée pour son âge — nous pria de constater des phénomènes de ressaut qu'il pouvait à volonté produire dans ses hanches.

Tout jeune, il avait remarqué cette faculté et à certains moments de sa vie en avait même fait un jeu.

Il héritait d'ailleurs d'une particularité qu'il avait constaté chez son père et qui plus développé encore chez son grand-père et s'accompagnant chez ce dernier d'une grande laxité articulaire telle qu'il pouvait même, adulte, passer sa jambe par-dessus sa tête, lui avait fait donner un surnom un peu trivial qui est resté attaché dans leur contrée à toute sa descendance.

Cet homme de quarante-deux ans, très grand et bien développé au point de vue musculaire ne présente rien de caractérisristique quant à l'examen extérieur des hanches.

Les régions trochantériennes ne sont pas particulièrement saillantes et la situation respective des têtes et des grands trochanters est très normale, il n'y a ni coxa vara, ni coxa valga.

Ce sujet produit le ressaut de sa hanche de la façon suivante : ayant plié une des cuisses sur le bassin, de quelques degrés, il la porte en adduction en même temps qu'il lui fait décrire un mouvement de rotation interne suivant l'axe.

Dans ce moment, on voit le trochanter très saillant d'abord, fuir en avant et tout à coup faire une saute de plongeon qui le porte plus en avant encore, puis revenir à sa place primitive.

L'oreille perçoit un gros bruit de claquement et la main appliquée à plat sur la région fessière laterale ressent nettement le ressaut.

Grâce à l'obligeance de notre confrère Barut, nous avons pu, à l'examen radioscopique suivre la succession des phénomènes.

Le col du fémur, de direction habituelle, supportait une tête plutôt grosse. Le cotyle était profond et nettement indiqué, la pente du bassin normale. Chez le sujet examiné de dos, nous avons vu à différentes reprises la tête fémorale couler en arrière se rapprochant de l'écran et à un moment donné, la rotation interne s'accentuant, sauter comme par dessus un obstacle.

Notre sujet présente, en somme, le phénomène bien connu sous le nom de hanche à ressort.

Mais il a été décrit deux variétés de cette singularité physiologique qui reposent sur des substrata anatomiques différents.

Tantôt il s'agit simplement d'une bande du moyen fessier qui bride le trochanter et lâche tout à coup, tantôt il s'agit, au contraire, d'une véritable subluxation intracapsulaire.

L'examen de notre malade nous a convaincus que nous étions en présence d'un cas de cet ordre et nous n'aurions pensé à le signaler dans sa banalité grande, s'il ne nous avait paru intéressant à produire avec extrême réserve et sous bénéfice d'inventaire au chapitre de l'étiologie d'une luxation congénitale double.

L'Aliénation mentale cause de Divorce[1]

(SUITE DE NOTRE ENQUÊTE)

LI

M. le professeur D. R. Vacke, conseiller médical et médecin en chef de l'asile d'aliénés de Hubertusburg, près Leipzig, nous fait parvenir l'appréciation ci-dessous :

Hubertusburg, près Leipzig, le 14 *mai* 1911.

Monsieur et très cher collègue,

Je ne peux que me rallier aux opinions de M. Viollette, dans sa brochure.

Le mariage n'est pas seulement communion de corps, mais aussi d'esprit. Dès que les mariés ne se comprennent plus, soit à la suite de querelles continues ou de caractère différents et surtout dès que l'aliénation mentale fait évanouir la personnalité ou la transforme, comme le dit fort justement M. Viollette, alors ce serait plus que cruel de ne pas accorder le divorce. L'idéal du mariage c'est que les époux se comprennent de mieux en mieux, qu'ils élèvent leurs enfants dans cet esprit d'union et d'harmonie et que toute la famille se dirige vers le bien. Une maladie corporelle quelconque pourra entraver cette marche, mais jamais la rendre impossible. C'est donc à bonne raison qu'elle n'est pas regardée en elle-même comme une cause de divorce. Mais l'aliénation change toute la personne ou la rend du moins étrangère à ses devoirs spirituels. Le malade pourra bien être inoffensif et rester même aimable, il ne pourra plus suffire à sa tâche. Nous parlons naturellement d'une maladie *incurable* et l'on peut dire qu'après 3 ou 4 ans, une psychose n'offre presque plus de chance de guérison. Mais elle ne doit pas être seulement incurable, il faut encore que l'esprit ne conçoive plus les devoirs d'un vrai époux. Il y a donc des *maladies incurables qui ne détruisent pas complètement la personnalité*, où il y a donc possibilité de se soucier encore des affaires de ménage, des enfants, etc. *Ici le divorce serait injuste.* La loi de divorce allemande ne demande, en conséquence, pas seulement la durée continuelle de la psychose, au moins pendant 3 ans, mais de plus l'incurabilité, et surtout que *le malade ne soit plus en état de comprendre le vrai but du mariage, l'union spirituelle.*

Il faut donc juger chaque cas en particulier avec toute la rigueur nécessaire, car certes, le divorce ne dissout pas seulement le ménage, mais toute la famille et le sort des enfants sans père, sans mère, sans éducation appropriée, est des plus déplorables, comme on le sait bien. La sénilité ne pourra donc jamais être cause de divorce. Mais dès qu'il s'agit d'une aliénation sénile, l'affaire est autre.

Vouloir obliger l'époux ou l'épouse à rester attaché à son conjoint malade d'esprit, serait une cruauté. S'il y a des enfants à élever, il leur faudra un nouveau père ou une mère, afin que l'éducation s'accomplisse bien. S'il n'y a pas d'enfant le jeune époux ou épouse voudra se remarier et a le droit de le faire d'après la nature.

J'espère qu'aussi, en France, une loi sera publiée concernant le divorce à la suite d'une maladie incurable de l'esprit. *Il faudra naturellement l'entourer de toutes les précautions nécessaires.* Le mariage doit être envisagé simplement comme *un contrat.* Dès que celui-ci n'a pas été accompli de l'une ou l'autre part, il doit être regardé comme rompu. L'hygiène sociale, la morale sociale demandent de plus en plus de faciliter le divorce, sans tomber dans l'extrême, ce qui serait déplorable. Et certes une des causes les plus urgentes de divorce est donnée par l'aliénation mentale.

Professeur D.-R. Vacke,
Conseiller Médical,
et Médecin en chef de l'École d'aliénés à Hubertusburg (Saxe).

LII

M. le Dr Pailhas, médecin en Chef de l'asile d'Albi, vent bien nous écrire :

8 juin 1911.

Monsieur et cher confrère.

S'il en est temps encore, voici en peu de mots ce que me suggère votre aimable invitation à contribuer à l'enquête sur l'aliénation mentale et le divorce.

Je crois, pour ma part, que des altérations de la personnalité mentale, fussent-elles les plus incurables, ne méritent pas, en matière d'application de la loi du divorce, d'être distinguées de l'ensemble des maladies régulièrement survenues en période de vie conjugale et surtout de devenir l'objet d'une désavantageuse exception. Et j'ajouterai même que la psychiatrie française, si justement fière d'avoir, depuis Pinel, élevé l'aliéné à la dignité de malade ne peut guère logiquement accepter que l'on vienne, par un projet où l'égoïsme l'emporte sur la générosité, affaiblir la portée de sa conquête morale, si bien sauvegardée jusqu'ici.

Daignez agréer, Monsieur et très honoré confrère, l'expression de mes sentiments distingués.

Dr Pailhas.

LIII

M. le Dr Garnier, médecin directeur de l'asile d'aliénés de Dijon, nous fait parvenir l'étude ci-dessous :

Monsieur et très honoré confrère,

Vous me faites l'honneur de me demander mon opinion motivée sur le divorce pour cause d'aliénation mentale. Pressé par le temps, je ne puis m'étendre sur cette question déjà ancienne, puisque l'aliénation mentale avait été introduite comme cause de divorce par M. Guillot, député de l'Isère, sous forme d'amendement à la loi Naquet. La discussion qui eut lieu en 1882, tant à l'Académie de médecine qu'à la société médico-psychologique, a très bien exposé les difficultés du problème à résoudre et tous les arguments pour ou contre l'admission de la folie incurable comme cause de divorce ont alors été judicieusement mis en valeur. Mais, pour si intéressante et si digne de pitié parfois que soit la situation d'un conjoint du fait de l'aliénation mentale de son associé, le statu quo fut maintenu et, à trente ans environ de distance, les raisons de ce maintien n'ayant rien perdu de leur valeur, je demeure, aujourd'hui encore, hostile au divorce pour cause de folie, serait-elle incurable.

Me plaçant, en effet, non sur un terrain juridique ou confessionnel, mais exclusivement médical, ce qui m'amène à souhaiter que la folie ne devienne jamais une cause légale de divorce, c'est qu'il est difficile de se prononcer sur son incurabilité. J'ai en mémoire le fait, très suggestif à cet égard, que voici. Dans le cours de 1883, entrait, dans un asile que je ne veux pas autrement désigner, un médecin âgé de 34 ans, célibataire, et un collègue aliéniste le présenta comme atteint de manie congestive. En réalité morphinomane et alcoolique très excité, ce confrère fut déclaré ensuite atteint de perversions sensorielles avec hallucinations (son observation a d'ailleurs été publiée en 1885, dans les Annales médico-psychologiques) et, après déclaration d'incurabilité, interdit de l'administration de sa personne et de ses biens. Or, ce même malade était si peu incurable qu'il put sortir néanmoins de l'asile au commencement de l'année 1895, s'établir comme médecin en Algérie, faire lever son interdiction,

(1) Voir numéro du 1er mars de la *Gazette médicale de Paris* contenant la Proposition de loi de M. Maurice Viollette, député, ainsi que les numéros suivants concernant le début de notre enquête et les réponses reçues.

se marier et venir enfin occuper un poste de médecin dans le centre de la France, où il exerçait il y a quelques années et exerce peut-être encore. J'imagine que, s'il eût été marié, il est certain, qu'avec le projet Viollette, le divorce eût été facilement obtenu contre lui.

Un autre enseignement peut se tirer du fait ci-après, recueilli par le Dr Weatherly dans un voyage en Saxe où, si un des conjoints le désire, il peut obtenir le divorce lorsque l'autre, placé dans un asile public d'aliénés pendant 3 ans, est l'objet d'un certificat attestant l'incurabilité de sa folie. (Loc. cit. *Annales médico-phychologiques*, p. 179 et 180, t. XVII, 6e série). Un monsieur s'était marié avec une jeune dame qui, peu de temps après devint folle. Le mari consulta des hommes de loi, qui lui conseillèrent de placer sa femme dans un asile public; là, au bout de trois ans, le certificat voulu fut donné et le divorce prononcé. On transféra alors la malade dans un asile privé où elle fit encore un séjour de 3 ans. Dans l'intervalle, le monsieur avait voulu convoler en secondes noces et l'union était sur le point de se faire lorsqu'une lettre du médecin de l'asile privé lui annonça que sa femme allait beaucoup mieux. Le fait est qu'elle ne tarda pas à être complètement guérie; le mari dut rompre son nouvel engagement et reprendre sa première femme.

Ces deux cas montrent le défaut de certitude absolue du pronostic d'incurabilité et l'inconvénient par conséquent trop grave qu'une décision comme celle de la dissolution du mariage puisse dépendre d'un fait douteux. M'inspirant à mon tour des paroles de M. Blanche dans sa communication de 1882, je dirai donc avec lui que, dans le cours d'une carrière déjà longue, consacrée, comme la sienne, aux aliénés, ayant toujours eu pour principal souci de les soulager dans leurs souffrances, je ne saurais, aujourd'hui qu'ils sont menacés d'une nouvelle aggravation de leur infortune, me dispenser de tenter de les en préserver.

Comme je le rappelais dans un travail sur la protection de la fortune des malades dans les asiles, il y a quelque chose de plus triste que la folie, ce sont les conflits d'intérêt qui s'agitent autour des aliénés et dont ils sont toujours les victimes. Je me refuse donc, en conséquence, à donner des armes nouvelles contre eux en admettant la folie au nombre des causes de divorce.

Veuillez agréer, Monsieur et très honoré confrère, l'assurance de mes sentiments très confraternellement dévoués.

Dr S. GARNIER.

LIV

Nous recevons de M. le Dr Trenel, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Maison-Blanche, à Neuilly-sur-Marne, l'opinion ci-dessous :

Neuilly-sur-Marne, le 13 *mai* 1911,

Monsieur et honoré confrère,

Je vous remercie de m'avoir adressé vos deux premiers articles sur «divorce et folie», question dont je m'occupe en ce moment. Pour moi, la question n'est plus à résondre, elle est résolue. Les dix années d'expérience du nouveau Code allemand prouvent que cette disposition — le divorce pour cause de folie — peut et doit être appliquée et qu'elle n'a que des avantages.

Dans les cas évidents, la question ne se pose même pas. Dans les cas douteux, elle sera résolue dans le sens favorable à l'aliéné.

Objecter, pour repousser le divorce, que le diagnostic est incertain, c'est faire preuve d'ignorance, car il y a des diagnostics très certains et c'est le plus grand nombre. Et quand même une erreur se produirait — improbable après 3 ans de maladie — y a-t-il là une raison suffisante pour faire échec. Le chloroforme tue parfois, cela fait-il reculer malades et médecins devant l'anesthésie?

J'ai trouvé citées deux erreurs seulement en Allemagne et l'auteur ajoutait que les divorcés étaient satisfaits du divorce.

Je me ferai un plaisir de vous adresser mon travail quand il aura paru.

Avec mes meilleurs sentiments,

M. TRENEL.

LV

Nous recevons de M. le Dr Monestier, directeur-médecin de l'asile Saint-Luc, à Pau, la réponse ci-dessous :

Le 15 *mai* 1911,

Monsieur et très honoré confrère,

Vous voulez bien me demander mon opinion en ce qui concerne le divorce en cas d'aliénation mentale.

J'estime qu'il est justifié, pour bien des raisons, chaque fois que le conjoint le demande.

Par le fait de l'aliénation incurable, le conjoint voit sa vie brisée : resté seul, il ne peut que difficilement élever sa famille s'il en a une et, s'il n'a pas d'enfants, il est dans l'obligation de rester sans foyer.

Sans doute ce sacrifice pourrait bien être demandé, s'il devait être de quelque secours ou de quelque soulagement pour le malade.

Mais nous savons que chez tout aliéné les sentiments affectifs disparaissent : aussi bien chez le mélancolique, chez le persécuté que chez le mégalomane ou le maniaque, il existe une hypertrophie du « moi »; tout converge chez lui vers sa propre personnalité. Cet égoïsme existe, même avant la folie confirmée et nul ne saura tous les tourments que font endurer à leur entourage les candidats à l'aliénation mentale.

Il existe aussi prononcé une fois la maladie déclarée et 99 fois 0/0, l'aliéné n'a souci de sa famille que pour ce qu'il peut retirer d'elle. Il n'a ni attachement, ni affection et ne saurait souffrir du divorce à condition que son existence soit assurée et qu'il soit subvenu à ses besoins. Peut-on alors empêcher le conjoint de se créer un autre foyer ou de s'associer légalement avec un être qui lui aidera à élever les enfants qu'il peut avoir déjà?

L'aliénation mentale est essentiellement héréditaire. Peut-on imposer à un conjoint, même en cas de guérison, de cohabiter avec un individu qui a été aliéné et de s'exposer aussi à engendrer des enfants prédestinés à la folie.

Pour ces raisons, le divorce doit être admis sous réserve en cas d'aliénation mentale et il ne doit pas être fait de distinction entre les cas curables et les incurables.

Cependant le divorce ne pourra jamais être demandé par l'aliéné lui-même en raison de la simulation possible.

Veuillez agréer, Monsieur et très honoré confrère, l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

Dr MONESTIER,

(A suivre.)

Thérapeutique des Syndromes cholériformes

En présence de l'appréhension que fait naître l'apparition du choléra en France, il nous paraît opportun de rappeler le nouvel agent dont s'est enrichie en ces dernières années la thérapeutique anticholérique.

Lors de l'épidémie de 1883, de nombreux médecins avaient pu constater les heureux effets de l'administration aux cholériques d'un ou deux litres par jour d'une décoction de 50 grammes de touraillons d'orge par litre d'eau. Les recherches entreprises à ce sujet furent consignées en diverses publications et, notamment, dans une note de M. le professeur Boinet (*Marseille médical*, t. XXXVIII, p. 673). Les résultats, parfois très brillants, obtenus dans le traitement des syndrômes cholériformes par le bouillon de touraillons, se faisaient cependant remarquer par leur inconstance. M. Léger, pharmacien des hôpitaux de Paris, devait fournir l'explication de ce phénomène en extrayant en 1906 l'alcaloïde Hordénine des touraillons d'orge et en montrant la variabilité de la teneur en alcaloïde des divers touraillons.

Cette découverte de l'Hordénine devait, on le conçoit, remettre en honneur la médication par les touraillons, en substituant à leur action variable celle, constante, de leur principe actif, fixe et défini.

L'étude thérapeutique du nouvel agent fut entreprise méthodiquement, d'abord par MM. les professeurs Sabragès et Mercier, puis par les médecins qui, ayant déjà eu à connaître les effets des touraillons, se trouvaient ainsi très qualifiés pour apprécier la valeur du nouveau médicament. Enfin, en ces dernières années, l'expérimentation a été considérablement développée, tant en France qu'aux colonies, et, à l'heure actuelle, les praticiens sont unanimes à reconnaître dans l'Hordénine Lauth un spécifique de premier ordre contre toutes les hypersécrétions intestinales : diarrhées infantiles, entérites, entérocolites, dysentéries des pays chauds, typhoïdes, etc.

L'expérimentation de ce produit dans le choléra et les affections cholériformes est à l'heure actuelle assez avancée pour que nous puissions, devant l'imminence possible du péril, la porter à la connaissance du Corps médical.

Toutes les diarrhées prémonitoires du choléra doivent être jugulées par un traitement énergique d'Hordénine Lauth. Malheureusement, nous ne saurions être aussi optimistes lorsque l'infection cholérique est arrivée à la période d'acuité maxima de collapsus.

Il n'en est pas moins certain que dans ce cas même on recueillera le plus grand bénéfice de l'emploi de l'Hordénine-Lauth dont l'action toni-cardiaque secondera heureusement l'action spécifique sur la muqueuse intestinale, il contribuera puissamment à orienter vers la guérison les cas qui seront encore susceptibles d'amélioration.

On conçoit que dans l'éventualité d'une attaque de choléra les doses d'Hordénine-Lauth habituellement employées doivent être renforcées, cet alcaloïde n'ayant d'ailleurs qu'une toxicité très faible et passagère. Nous reportant aux conseils qui nous ont été donnés par les expérimentateurs qui ont déjà été aux prises avec le choléra nous indiquerons le mode de traitement suivant. En présence d'un syndrome cholériforme, pratiquer au plus tôt l'injection de 0 gr. 50 soit 2 ampoules d'Hordénine-Lauth, et injecter de nouveau 0 gr. 25 à 0 gr. 50, soit 1 à 2 ampoules, toutes les quatre ou cinq heures, suivant l'effet obtenu. En cas d'urgence absolue, on aurait vraisemblablement une action plus rapide en tentant une injection intra-veineuse de 0 gr. 25, doublée d'une seconde intra-musculaire de même dose. La médication sera complétée par l'absorption de 1 à 2 grammes par jour d'Hordénine-Lauth, soit 10 à 20 bulles à 0 gr. 10, et bien entendu par toutes les autres mesures destinées à lutter contre

l'infection, boissons gazeuses glacées contre les vomissements, stimulants contre l'adynamie, injections intra-veineuses de sérum physiologique contre les phénomènes de collapsus, etc.

La thérapeutique pourra donc, avec l'Hordénine-Lauth, enrayer à coup sûr toutes les diarrhées prémonitoires du choléra et, lorsque l'infection elle-même aura revêtu le caractère le plus grave et le plus aigu, c'est encore dans l'Hordénine-Lauth qu'on trouvera l'agent médicamenteux le plus actif et le plus puissant pour aider l'évolution vers la guérison.

Observation d'un Cas de Tache mongolique

Par le Docteur A. FRUHINSHOLZ
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Nancy

Il s'agit de l'enfant d'une primipare de trente-six ans, fille de 2.690 grammes, née le 5 août 1910. Le père de l'enfant est d'origine *bourguignonne*; il est très foncé de peau, noir de cheveux; il a une sœur également fort brune et d'un type espagnol assez accentué. La mère est d'origine *lorraine*; elle est blonde; elle n'a jamais été malade et n'a présenté d'autres particularités que l'existence de deux petits fibromes utérins tout à fait minuscules et d'une albuminurie légère en cours de grossesse. Le soir même de la naissance, la garde constate l'existence d'une tache, qu'elle prend pour une ecchymose d'origine traumatique, au niveau de la région fessière de l'enfant. Je revois celle-ci le lendemain et je constate en effet sur la région sacrée, à la naissance supérieure du sillon interfessier, l'existence de deux taches d'un bleu noirâtre, rappelant la coloration des truffes insérées sous la peau d'une volaille; elles sont disposées à droite et à gauche du pli, présentent des contours irréguliers et offrent chacune des dimensions comparables à celles d'une pièce de 2 francs. Elles ne disparaissent pas à la pression du doigt.

Il est impossible de retrouver une origine traumatique quelconque à cette tache et, dès lors, je porte le diagnostic de tache bleue mongolique probable. Depuis ce moment le diagnostic s'est confirmé : la tache n'a subi aucune modification et actuellement elle reste integralement ce qu'elle était au moment de la naissance.

REVUE DE PÉDIATRIE

Les médications dans le traitement de la coqueluche normale, par le Dr P. Nobécourt, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux (*Paris médical*).

L'auteur passe d'abord en revue les médications externes puis internes. Parmi celles-ci, il étudie les antiseptiques et les balsamiques, puis il arrive au groupe le plus important: les antinervins.

Antinervins. — Les plus communément employés sont la belladone et l'atropine, l'opium et la morphine, les bromures, le chloral, l'antipyrine. le bromoforme et le fluoroforme.

La *belladone* jouit d'une faveur ancienne. Utilisée d'abord par Schæffer et par les médecins allemands, qui en faisaient un vrai spécifique, elle était considérée par Rilliet et Barthez comme étant, de tous les narcotiques employés dans la coqueluche « sans contredit celui qui mérite le plus de confiance ». Trousseau admettait qu'elle abrège la maladie. Sans aller jusque-là, on peut dire qu'elle est utile parce qu'elle diminue la durée du spasme. Elle paraît agir surtout en diminuant les sécrétions bronchiques; son action antispasmodique est discutée.

Trousseau insistait sur la nécessité, pour obtenir un résultat, de faire prendre la dose quotidienne en une seule fois, le matin à jeun. Cadet de Gassicourt, par contre, disait n'avoir pas eu avec ce procédé de résultats supérieurs à ceux obtenus avec les doses fractionnées et avoir constaté plus rapidement l'intolérance. Ce sont les doses fractionnées que l'on utilise généralement et on les augmente graduellement jusqu'à l'obtention d'une sédation des crises, à moins qu'on ne soit arrêté par des symptômes légers d'empoisonnement. A ce moment il faut s'arrêter et même rétrograder un peu.

Les premiers signes d'intolérance sont une légère rougeur de la face, l'aspect brillant des yeux, la dilatation de la pupille, l'irritabilité du caractère. Il est difficile de préciser la dose avec laquelle apparaissent ces symptômes, car, ainsi que l'avait remarqué J. Simon, les enfants supportent très bien la belladone et offrent des exemples de tolérance remarquables.

Les préparations de belladone que l'on peut utiliser sont la poudre, l'extrait, le sirop, la teinture.

L'*extrait de belladone* du Codex 1908 (extrait alcoolique de feuilles sèches, préparé avec l'alcool à 70°) est plus actif que l'ancien et doit être prescrit à doses moindres. Trousseau employait l'extrait et la poudre à parties égales; il commençait à 5 milligrammes de chaque pour les enfants au-dessous de quatre ans, à 1 centigramme de chaque pour les enfants plus âgés, et allait jusqu'à 5 centigrammes pour les premiers et 10 à 12 centigrammes pour les autres. Avec l'extrait actuel, on peut commencer avec la dose de 1 milligramme par année d'âge.

La *teinture de belladone* est plus commode à employer et constitue la préparation de choix. La teinture du *Codex* 1908 (préparée avec des feuilles sèches et de l'alcool à 70°, au dixième) est approximativement moitié moins active que l'ancienne. 1 gramme = LVI gouttes. On commence avec la dose de II ou III gouttes par année d'âge répartie en trois prises et on augmente chaque jour les prises d'une goutte.

Le *sirop de belladone* est parfois utilisé : celui du *Codex* 1908 contient par cuillerée à café (6 grammes) 0 gr. 60 (XXX gouttes) de teinture de feuilles à un dixième. Il est donc plus difficile à manier que la teinture, qui doit lui être préférée.

A la place de la belladone, on a recours parfois à l'*atropine*, son principe actif. On emploie en général le *sulfate d'atropine* (Trousseau, Cadet de Gassicourt, J. Simon, etc.). On commence par un cinquième ou un quart de milligramme chez les enfants au-dessus de deux ans, et on augmente jusqu'à 1 et même 2 milligrammes. « J'ai pu donner, écrit J. Simon (1), à des enfants de trois ans atteints de coqueluche ou d'affection nerveuse, jusqu'à 2 milligrammes de sulfate d'atropine par jour, c'est-à-dire deux fois la dose ordinaire d'un adulte. »

On utilise soit la formule de Trousseau :

Eau distillée..	200 grammes
Sulfate neutre d'atropine	0 gr. 01

Une cuillerée à café contient un quart de milligramme d'atropine.

Soit celle de J. Simon (solution au millième) :

Eau distillée.	10 grammes
Sulfate d'atropine......	0 gr. 01

1 gramme = XX gouttes = 1 milligr. d'atropine.

(1) J. Simon. Conférences sur les maladies des enfants, I, 1888, p. 49.

L'*opium* a été utilisé par Henke à très petites doses fréquemment répétées et par Fraenkel dans les cas de toux très intense accompagnée d'agitation et d'insomnie.

Depuis on a employé fréquemment : le sirop diacode, le sirop thébaïque, le sirop de morphine, le sirop de codéine. Comby s'est bien trouvé parfois de la poudre de Dower (1 gramme = 0 gr. 10 d'opium brut mélangé à de l'ipéca) à la dose de 0 gr. 05 par année d'âge.

Par contre. Ollivier (1) défend formellement l'emploi de l'opium, car il arrête l'expectoration et est mal supporté par les enfants.

La *morphine*, prescrite déjà dans la coqueluche par Baïé (1835), a été préconisée récemment par Triboulet et Boyé (2). Ils injectent une solution de chlorhydrate de morphine à 1 0/0 : un quart de centimètre cube avant un an, un tiers et un demi-centimètre cube de un à deux ans, un demi et deux tiers de centimètre cube de deux à trois ans, 1 centimètre cube au-dessus de trois ans. Ils font des injections par périodes de deux ou trois jours, séparées par un repos d'égale durée. Ils constatent la diminution du nombre des quintes et de la durée de la maladie ; toutefois, dans 13 cas, les quintes n'ont disparu qu'au bout de trente à quarante-cinq jours et, dans 5 cas, au bout de quarante-cinq à soixante jours. Les coqueluches compliquées sont peu influencées. La morphine est très bien tolérée ; l'albuminurie est une contre-indication

De même que Triboulet et Boyé, Marfan (3) a constaté que les injections de morphine, généralement bien tolérées, déterminent le plus souvent une diminution de l'intensité et du nombre des quintes et même une réduction de la durée de la maladie.

Par contre, des faits défavorables ont été relatés par Lesage et Lemarignier (4), par Comby (5). « Les injections de morphine, bonnes dans tel cas particulier, écrit ce dernier, ne sauraient être érigées en méthode de traitement de la coqueluche. Car, en général, elles n'atténuent pas notablement l'intensité ni la fréquence des quintes ; elles n'arrêtent pas les vomissements, elles n'abrègent pas la durée de la maladie, elles ne préviennent pas les complications. »

La valeur thérapeutique de la morphine dans la coqueluche n'est donc pas définitivement établie. Elle ne doit pas être érigée en traitement systématique. Mais elle peut être employée, à titre de médication calmante, quand les quintes sont violentes, répétées et épuisent le malade. Elle est bien tolérée en prenant les précautions voulues, c'est-à-dire en injectant des doses réfractées et en commençant par 1 milligramme par année d'âge et par jour.

On peut *associer l'opium et la belladone*, suivant les conseils de Gœlis, Trousseau et Pidoux, J. Simon (6). Celui-ci recommande l'emploi de l'opium « pour corriger l'action excitante de la belladone sur l'encéphale, qui n'est déjà que trop excitable chez les sujets névropathiques, tout en calmant le système nerveux des voies respiratoires et en diminuant les sécrétions bronchiques ».

On peut réaliser l'association médicamenteuse d'une des façons suivantes :

Teinture de belladone. .	5 grammes
Elixir parégorique.	10 —

Donner VI gouttes par année d'âge (II gouttes

(1) Ollivier. Leçons cliniques sur les maladies des enfants, 1889. p. 86.

(2) Triboulet et Boyé. De l'emploi des injections de morphine dans le traitement de la coqueluche (*Soc. de pédiatrie de Paris*, 20 oct 1908, p. 251.)

(3) Marfan. Traitement de la coqueluche par les injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine (*Soc. de pédiatrie de Paris*, 18 mai 1909, p. 241).

(4) Lemarignier. De l'emploi de la morphine en thérapeutique infantile, Thèse de Paris, 1908. p. 39.

(5) Comby. Traitement de la coqueluche par les injections de morphine (*Soc. de pédiatrie de Paris*, 18 mai 1900 p. 233).

(6) J. Simon, *loc. cit.*, p. 42.

de belladone et IV gouttes d'élixir parégorique). — L'élixir parégorique (teinture d'opium camphrée) du *Codex* 1908 contient un demi-milligramme de morphine par gramme (LIII gouttes); sa dose peut être portée à XX gouttes par année d'âge

Sirop de belladone..... 10 grammes
Sirop de codéine...... 20 —
Sirop de toln.... ..... 70 —
(J. Comby.)

Une cuillerée à café (6 grammes) au début par année d'âge [0 gr. 60 de belladone (III gouttes de teinture) et 1 gr. 20 de sirop de codéine].

Les *bromures de potassium* ou de *sodium* peuvent être employés, en particulier quand les médications précédentes sont mal tolérées. Leur efficacité est beaucoup moindre. La dose est de 0 gr. 25 à 0 gr. 50 par année d'âge.

L'*antipyrine* est le médicament de choix pour certains médecins. Weill et Péhu, par exemple, l'emploient volontiers à cause de son action sédative et l'associent aux inhalations de quinoléine. On donne 0 gr. 10 à 0 gr. 20 par année d'âge et même plus.

Le *bromoforme* est particulièrement recommandé par Marfan. On donne au début I goutte par année d'âge, en trois fois et on augmente de II gouttes chaque jour jusqu'à faire prendre IV gouttes par année d'âge. C'est un médicament efficace mais qu'il faut manier avec précautions, à cause de sa toxicité. Le premier signe d'intoxication est la somnolence. On formule :

Bromoforme .... 2 grammes
Alcool à 90° .... 30 —
Sirop simple. ....Q. S. p. 100 cc.

Une cuillerée à café contient IV gouttes de bromoforme. (Le Gendre.)

Ou bien :

Bromoforme....... XLVIII gouttes
Huile d'am. douces. 15 grammes

Mêlez et agitez. Ajoutez :

Gomme arabique.. .... 15 grammes
Eau de laurier-cerise.. 4 —
Eau distillée......Q. S. p. 120 cc.

Une cuillerée à café contient II gouttes de bromoforme.

Agitez fortement avant l'emploi. (Marfan.)

L'*eau fluoroformée saturée*, qui contient 2 gr. 8 p. 100 de fluoroforme, est préconisée par P. Tissier (1). Elle n'est pas toxique et peut être donnée à fortes doses. Elle diminue le nombre et l'intensité des quintes et abrégerait la durée de la maladie. M. de Biehler (2) a obtenu des succès. On prescrit :

Trois fois par jour :
Avant 1 an...... X à XV gouttes
De 1 an à 3 ans.. XV à XX —
Après 3 ans..... XX à XXX —

Et, en outre, après chaque quinte, autant de gouttes que l'enfant a de mois ou d'années. On peut aller par vingt-quatre heures jusqu'à LX-LXXX gouttes chez les nouveau-nés, jusqu'à CC-CCL gouttes avant un an, jusqu'à 10 grammes avant trois ans, jusqu'à 20 grammes ensuite.

Le *chloral* peut être employé dans les formes intenses, quand la quinte constitue un véritable danger; il n'a pas d'indication dans les formes moyennes. Son action est en effet rapide, mais temporaire. Il faut le donner à forte dose pour obtenir la sédation du spasme. Cadet de Gassicourt conseille :

Hydrate de chloral 3 ou 4 grammes
Julep gommeux... 100 grammes

Une cuillerée à dessert toutes les heures jusqu'à cessation du spasme.

On a encore préconisé l'*oxyde de zinc*, l'*extrait de laitue vireuse*, l'*extrait de ciguë*, la *pulsatille*, la *jusquiame*, le *drosera*, etc. Ces derniers médicaments sont parfois associés à la belladone :

Teinture de belladone.... 1 gramme
— de drosera...... 1 —
— de grindelia.... 1 —
— de lobelia...... 1 —
Alcool. de racines d'aconit 1 —

V gouttes par année d'âge, et augmentant progressivement les doses. (J. Comby.)

(1) P. Tissier. *Soc. de thérap.*, 22 oct. 1907.
(2) Mathilde de Biehler. Traitement de la coqueluche par le fluoroforme (*Arch. de méd. des enfants*, XIII, n° 7, 1910, p. 525).

Le *café* doit retenir l'attention; il est souvent utile d'y avoir recours pendant la coqueluche. Guyot (1849) prétendait qu'il guérissait en deux ou quatre jours les coqueluches les plus opiniâtres. Mais personne après lui n'a jugulé la maladie par son emploi et ce n'est pas dans ce but qu'il faut le donner. Il agit, comme l'ont constaté Rilliet et Barthez, J. Simon et bien d'autres encore, en diminuant ou en supprimant les vomissements et en amendant le nombre des quintes qui se produisent à l'occasion des repas. On donne du café noir chaud et bien sucré avant ou après la prise des aliments, ou après les vomissements, à la dose d'une cuillerée à café, à entremets ou à soupe suivant l'âge.

REVUE DE BIOLOGIE

Etude comparative des réactions intradermiques, sous-cutanées et focales à la tuberculine.

M. A. Sézary a recherché s'il existe, chez les tuberculeux non cachectiques, un rapport entre l'intensité de l'intradermo-réaction, pratiquée avec une dose minime de tuberculine et les réactions de foyer au cours d'un traitement ultérieur par la tuberculine, c'est-à-dire si les résultats de l'intradermo-tuberculinisation permettent de prévoir la susceptibilité du sujet, vis-à-vis de la tuberculino-thérapie. De l'étude de 23 cas, il conclut par la négative. Certains sujets, tout en étant très sensibles aux intradermo-réactions, supportent facilement la cure tuberculinique. D'autres ne réagissent pas à l'épreuve dermique, mais présentent des réactions de foyer. L'auteur, à l'encontre de Spengler, constate que les réactions sous-cutanées ne sont pas plus instructives à ce point de vue. Il est donc impossible de prévoir la susceptibilité des tuberculeux à la tuberculinothérapie: malgré cela, par une méthode prudente, on peut mener la cure à bon terme sans accidents.

(*Soc. de Biologie.*)

La persistance des anticorps hydatiques en rapport avec la récidive des kystes.

MM. Ch. Laubry et M. Parvu rapportent une série de neuf observations dans lesquelles la présence d'anticorps observée pendant plusieurs années (d'un an à sept ans et plus), après l'intervention chirurgicale, était justifiée par la présence de nouveaux kystes.

Par contre, dans de nombreuses réactions qu'ils ont eu l'occasion de pratiquer avant et après l'extirpation de kystes hydatiques, ils ont vu la réaction devenir négative, disparaître de façon progressive mais complète, tantôt assez rapidement, tantôt plus lentement. Et ils formulent les conclusions suivantes :

Après extirpation d'un kyste, les anticorps disparaissent dans un délai de trois semaines à six mois environ. Passé ce délai, leur persistance doit faire penser, soit à un kyste inaperçu, soit à une récidive.

(*Soc. de Biologie.*)

Un cas d'acromégalie avec autopsie.

MM. H. Claude et A. Baudouin ont pratiqué l'autopsie d'une malade atteinte d'acromégalie typique, qui présentait cliniquement, à côté des symptômes classiques (aménorrhée, hypertrophie des extrémités, signes de compression intracranienne), une forte élévation de la pression artérielle (26 à 28 centimètres de mercure) et un syndrome basedowien très net (tachycardie, légère exophtalmie, tremblement, goitre pulsatile). A l'autopsie, on a trouvé une tumeur de l'hypophyse du volume d'une petite mandarine, du poids de 48 grammes. Le corps thyroïde pesait 190 grammes et portait d'énormes parathyroïdes. Les surrénales étaient hypertrophiées au contraire des ovaires qui étaient fonctionnellement détruits et transformés en kyste. Microscopiquement le corps thyroïde, l'hypophyse, la surrénale présentaient des signes manifestes d'hyperfonctionnement et l'examen des coupes confirme entièrement ce que la clinique avait fait, depuis longtemps, prévoir chez ces malades.

(*Soc. de Biologie.*)

Contribution à l'étude clinique de la poliomyélite expérimentale.

Les principales particularités cliniques de la poliomyélite expérimentale sont : 1° le caractère flaccide des paralysies, que viennent souvent compliquer, d'ailleurs, des rétractions fibrotendineuses : 2° l'existence de réactions électriques identiques à celles de la paralysie infantile.

(*Soc. de Biologie.*)

La Tuberculose, maladie nerveuse.

Comme toute maladie infectieuse, la tuberculose, réduite à sa plus simple expression biologique, est le conflit de deux virulences, de deux capacités digestives, celles du bacille et celles de l'homme. Le tuberculeux est un homme qui ne sait plus digérer le bacille. Cette dyspepsie dans la défense est une dyspepsie nerveuse comme les dyspepsies alimentaires; c'est la défaillance des centres diaphylactiques bulbaires qui permet la tuberculisation. Par deux observations, l'auteur montre que le réveil directement provoqué de ces centres bulbaires peut guérir le tuberculeux.

(*Soc. de Biologie.*)

L'influence de la rachinovocaïnisation sur la composition des urines.

MM. Riche et Chauvin (de Montpellier), ont recherché sur 23 malades l'influence de la rachinovocaïnisation sur la composition des urines. Chez deux malades seulement ils ont noté une urobilinurie légère et transitoire, qui disparut après trois jours. Chez cinq malades, à urine normale avant l'opération, ils ont noté de l'albuminurie, mais légère et passagère. Alors que la stovaïne rachidienne donnait des albuminuries constantes, pouvant atteindre 6 et 7 grammes, et durant jusqu'à vingt jours, la novocaïne rachidienne ne donne que dans un quart des cas des albuminuries très légères, toujours au-dessous de 2 grammes, et aussi très fugaces, ne dépassant pas trois jours.

La novocaïne se montre donc, à ce point de vue, très supérieure aux autres rachianesthésiques.

(*Soc. de Biologie.*)

REVUE DE PSYCHIATRIE

Le traitement éducateur des névroses en cure libre, par M. le docteur Emile Lévy (de Paris).

La nécessité de la cure libre se déduit, en réalité, de la nature même du traitement des névroses, lequel se résume, en éliminant des formules telles que *suggestion* ou *persuasion* qui ne servent qu'à introduire des complications inutiles, en ce seul mot : *éducation*. Cette éducation doit être d'abord, *psychique* ou *morale*, certes; mais, contrairement à ce qu'indiquent certains auteurs, elle ne doit pas se limiter à cette seule psychothérapie : elle doit être encore *physique, vitale*, c'est-à-dire adapter le malade à ses occupations, à ses distractions, à la vie elle-même; *sociale*, enfin, autrement dit, adapter le malade à son entourage, à ses proches, en milieu humain.

Or, l'isolement, par définition même, s'oppose à cette éducation pratique, et à cette adaptation nécessaires : aussi est-il la cause directe des *rechutes*, survenant d'une façon parfois presque soudaine, lorsque le malade se trouve de nouveau remis en contact avec son mode de vie antérieur.

Rien de pareil, on le conçoit, ne pourra s'observer dans le traitement en cure libre, dans lequel le malade aura été directement entraîné à s'adapter et à réagir à son milieu habituel : de là sa supériorité évidente pour réaliser une guérison vraiment *définitive*, à l'abri de toute rechute ultérieure.

REVUE D'HYDROLOGIE

Diabète d'origine digestive et Diabète infectieux (leur traitement), par le Dr F. Deléage (de Vichy) (Maloine).

L'auteur a écrit un travail très clair sur le diabète et son traitement. Il montre que l'étiologie des cas de diabète est complexe, que la nature de l'affection varie avec la cause qui l'a déterminée, avec le terrain sur lequel elle évolue et avec la forme et les symptômes sous lesquels elle se manifeste.

Le diabète n'est pas une maladie *une* ; son aspect, son évolution, sa gravité varient suivant les causes et suivant les sujets qui en sont atteints. De ce fait qu'il n'y a pas *un* diabète, il ne saurait y avoir *un* traitement unique du diabète.

Ce serait une erreur grossière et grave dans ses conséquences que de vouloir tirer de la présence du sucre urinaire des indications thérapeutiques identiques dans tous les cas.

La question du régime et du traitement à prescrire dans les cas de diabète est plus complexe.

Ainsi que nous l'avons vu à propos du diabète d'origine digestive, ce serait exposer presque à coup sûr les malades de cet ordre à des complications, à une aggravation de la maladie, que de les traiter comme des diabétiques typiques, que de les soumettre au régime dit antidiabétique, dont la viande et les graisses font la base. Ce serait provoquer une aggravation de l'auto-intoxication et des troubles gastro-intestinaux ; ce serait s'exposer à déterminer des lésions irrémédiables du foie, des reins et parfois du pancréas et faire courir aux malades le danger de l'acétonémie et du coma diabétique.

Dans les cas de glycosurie dérivant d'une infection générale, comme dans ceux dérivant de troubles digestifs et d'infection gastro-intestinale, il ne faut pas croire que la glycosurie doive disparaître, que les fonctions hépatiques doivent se régulariser après la disparition de la maladie infectieuse, même quand celle-ci est peu prononcée. La meilleure preuve en est que le diabète est le plus souvent diagnostiqué après la guérison de la maladie infectieuse causale, qu'il s'agisse de grippe, de pneumonie, d'oreillons, etc.

La guérison ne se fait pas spontanément sans intervention d'un régime et d'un traitement destinés à la fois à modifier l'état des voies digestives, à diminuer les intoxications, à restreindre l'apport des substances hydro-carbonées et à régulariser les fonctions hépato-pancréatiques perturbées.

On diminuera et, dans certains cas, on supprimera l'alimentation carnée, les aliments fermentescibles et les boissons alcooliques. On prescrira le régime végétarien plus ou moins mitigé, le régime lacto-végétarien (si les analyses des urines ont montré que le lait n'augmente pas la glycosurie).

Les agents thérapeutiques capables de lutter contre l'infection et la rétention intestinales, d'assurer l'élimination des substances toxiques, de modérer ou de stimuler, suivant les cas, les fonctions hépatiques, remplissent les principales indications.

C'est dire que le traitement des diabètes doit avoir pour principale base la connaissance des causes qui ont présidé à leur genèse et à leur évolution. Il doit être avant tout étiologique. Les indications fournies par la glycosurie et par les symptômes arrivent en seconde ligne. L'on doit surtout s'abstenir de toute thérapeutique intempestive, de tout médicament, tel que l'antipyrine, l'arsenic, la lithine, la saccharine, etc., capable d'aggraver les troubles digestifs, hépatiques, et de provoquer des complications; tel le cas d'un malade que nous avons eu à soigner en septembre 1906.

Ce sujet présentait les troubles digestifs suivants : gonflement, pesanteurs gastriques et somnolence aussitôt après les repas, puis brûlures gastro-œsophago-pharyngées avec renvois acides au bout de 2 à 3 heures ; vertiges à l'approche des repas ; alternatives de diarrhée et de constipation ; langue saburrale ; asthénopie oculaire. En août, une petite quantité de sucre ayant été constatée dans ses urines, un médecin lui ordonne pour chaque matin 2 cachets de 0.50 cgr d'antipyrine ; il les prend pendant 5 jours ; mais, dès le troisième jour, survient un embarras gastrique très prononcé, une sensation de brûlure aux lèvres, à la langue, puis une stomatite ulcéreuse avec odeur fétide de l'haleine. La glycosurie avait monté à 8 gr. par litre. Tons ces symptômes, présentés par le malade à son arrivée à Vichy, disparurent au bout de 12 jours de cure thermale.

Ainsi que nous l'avons dit plus haut, la cure de désintoxication du Dr Guelpa, telle qu'il l'a formulée, aidée par des purgatifs salins, donne les meilleurs résultats dans les cas de diabète par auto-intoxication d'origine intestinale, comme dans ceux consécutifs à des maladies infectieuses.

Les grands lavages de l'intestin, l'antisepsie intestinale par les ferments lactiques et par les antiseptiques intestinaux lutteront encore contre l'infection et restreindront la glycosurie. Nous avons vu, dans plusieurs cas, l'administration de ces ferments, dans d'autres l'usage des laits fermentés, diminuer d'une façon notable l'élimination du sucre, tel le malade dont nous avons résumé l'observation. C'est assurément à l'antisepsie intestinale réalisée par la levure de bière que doivent être attribuées les améliorations signalées dans certains cas de diabète par Vandamme, entre autres, à la suite de l'ingestion de cette substance.

En second lieu, il est important de lutter contre les troubles digestifs, contre l'hypersécrétion et l'hyperacidité de l'estomac, dans les cas d'hypersthénie de cet organe. On combattra les causes qui favorisent la stase gastrique et la stase intestinale ; on excitera la motricité et la sécrétion gastriques, dans les cas d'atonie gastro-intestinale et d'hyposthénie stomacale avec hypopepsie.

Dans les cas de diabète d'origine digestive, comme dans les diabètes consécutifs à des maladies infectieuses, la première indication thérapeutique consiste donc à supprimer, ou tout au moins à restreindre dans la mesure du possible, les causes de l'auto-intoxication. C'est dans ce but que l'on administrera, par exemple, dans le cas de diabète paludéen, la quinine dont l'action spécifique sur l'hématozoaire du paludisme est bien connue. C'est dans ce but aussi que l'on donnera aux malades les conseils les plus précis au point de vue diététique et hygiénique.

Il s'agit, en second lieu, de régulariser les fonctions digestives, les fonctions du foie, du pancréas et du système nerveux, de combattre l'hyperacidité organique et de faciliter la dépuration par l'intestin et par le rein.

A ces indications répond la cure hydrominérale de Vichy avec les ressources thérapeutiques dont dispose la station et cela aux différentes étapes de ces formes de diabète. La cure doit être instituée dès la première phase de la maladie, c'est-à-dire dès que l'analyse des urines a fait constater la glycosurie intermittente, alimentaire.

Il est de la plus haute importance, en effet, d'intervenir à cette période, alors que les troubles organiques, qui se traduisent par la glycosurie, sont légers, et, pour ainsi dire, superficiels. Le traitement thermal de Vichy produit dans ces cas, des résultats définitifs, une guérison durable, ainsi que nous l'avons observé chez plusieurs de nos malades qui ont eu le courage de rompre avec leur hygiène alimentaire défectueuse et avec leurs habitudes sédentaires.

Les observations que nous avons citées au cours de ce travail fournissent la meilleure preuve de l'action rapide qu'exerce la cure de Vichy à la fois sur le trouble gastro-intestinal ou gastrique initial et sur la glycosurie consécutive.

Ainsi qu'on l'a vu, chez les malades qui, quelques mois après la cure de Vichy, étaient retombés dans leurs anciens errements et leurs anciennes fautes antidiététiques, ou chez qui des causes telles que le surmenage, les soucis, etc., avaient provoqué une rechute de la dyspepsie, la glycosurie récidive parfois après la réapparition des troubles digestifs. Une seconde cure produisit le même résultat que la première : Disparition de la glycosurie et des symptômes gastro-intestino-hépatiques. Ceux de ces malades qui, devant nos exhortations et devant la crainte du diabète définitif, ont suivi nos conseils et fait, les années suivantes, un traitement à Vichy, ont guéri complètement. Chez d'autres, au contraire, rebelles à tout régime, la glycosurie et la dyspepsie ont suivi une évolution parallèle ; ils sont devenus des diabétiques vrais. L'un, dyspeptique obèse avec fermentations et stases gastro-intestinales, a succombé au bout de quatre ans au coma diabétique.

Le diabète par auto-intoxication, par troubles digestifs, est le diabète qui guérit, lorsque le malade a, en temps opportun, la volonté de guérir.

Il est de règle, en tous ces cas, que la glycosurie disparaisse, en même temps que les fonctions gastro-intestinales, hépatiques, pancréatiques et rénales se régularisent au cours de la cure de Vichy, instituée concurremment au régime antidyspeptique classique, avec restriction des aliments hydrocarbonés. Le traitement alcalin est à la fois étiologique et symptomatique.

La cure de boisson par les eaux des sources de l'Hôpital, de la Grande-Grille, de Chomel, des Célestins est associée à la cure d'hydrothérapie : bains hydrominéraux, douches chaudes, tièdes ou froides, douches-massages chaudes, lavages et bains intestinaux à l'eau minérale. Le choix des sources et la posologie de l'eau minérale, comme la forme de l'hydrothérapie sont formulés suivant les indications et suivant les réactions individuelles.

Le traitement varie suivant le type de la dyspepsie, suivant ses causes, sa nature et sa symptomatologie et aussi suivant l'état général du sujet.

La thérapeutique hydro-minérale de la glycosurie se confond en grande partie avec celle de l'affection causale.

Chez les diabétiques ou glycosuriques par *hypersthénie gastrique*, avec pylorospasme hyperchlorhydrie, etc., il s'agit de calmer l'éréthisme sécrétoire et moteur de l'estomac et de supprimer toutes les causes qui ont produit ou entretiennent cette hyperexcitabilité.

Nous prescrivons à ces malades l'eau des

sources chaudes de Chomel et de la Grande-Grille qui répondent d'une façon très nette à la première indication. Ces eaux sont bues à des doses et à des heures variant suivant les sujets. Nous conseillons en général une dose faible ou moyenne (50 à 100 grammes) une demi ou trois quarts d'heure avant les repas, dans le but de provoquer la sécrétion du suc gastrique en temps utile et une ou deux doses plus fortes une heure et demie à trois heures après les repas, afin de diminuer l'hyperacidité stomacale et de faciliter l'évacuation de l'organe.

Dans d'autres cas d'hyperchlorhydrie hâtive et continue, nous prescrivons des doses de 50 à 80 grammes répétées toutes les demi-heures, au cours de la digestion.

C'est en effet, le plus souvent, l'acidité exagérée du suc gastrique qui provoque l'excitation, le spasme pylorique et par conséquent la stase gastrique, avec les symptômes douloureux du syndrome pylorique et de l'hyperacidité.

L'atténuation et la neutralisation de l'acidité exercent une action sédative sur l'excitation du pylore et favorisent le transit du chyme dans le duodénum.

Nous envisageons ici simplement les cas de spasme pylorique; dans les sténoses de cet orifice par sclérose, cicatrice ou néoplasme, l'action de la thérapeutique hydriatique, comme celle de toute thérapeutique médicale, ne peut être que palliative.

Il est pourtant des cas de sténose pylorique cicatricielle dans lesquels un élément spasmodique, nerveux, se surajoute à la lésion et exagère considérablement les symptômes. La cure de Vichy avec hydrothérapie tiède et le traitement médical hygiénique, sédatif, sont des plus utiles ; ils combattent le spasme surajouté et l'hyperacidité et provoquent une amélioration très notable, équivalant presque à une guérison, comme nous l'avons observé.

Si les malaises gastriques surviennent aussitôt après les repas, nous prescrivons une légère dose d'eau de la source Chomel, en sortant de table et à répéter à intervalles assez rapprochés, ainsi que nous l'avons dit plus haut.

Le traitement hydrothérapique, adjuvant de la cure, est composé par des bains à 36-37° minéralisés au demi ou au tiers, c'est-à-dire avec 1/2 ou 1/3 d'eau minérale, ou des douches générales en jet tiède, brisé et à pression modérée.

Lorsqu'il y a lieu de relever l'état général du malade déprimé, neurasthénique, tout en évitant des réactions brusques ou un peu vives, nous formulons la douche tiède, progressivement refroidie et à pression modérée.

Des applications de compresses chaudes sur la région gastrique exercent une action sédative manifeste.

Aux sujets atteints d'*hyposthénie* avec *insuffisance motrice et sécrétoire de l'estomac*, nous prescrivons l'eau de la source de l'Hôpital dont l'action excitante est certaine. Ici encore les doses et les heures de la boisson varient suivant les cas. En général les malades de cet ordre boivent des doses faibles ou moyennes d'eau de la source de l'Hôpital répétées : à jeun; 1 fois ou 2 avant le déjeuner : 2 fois dans l'après-midi (entre 4 heures et 6 heures), et parfois une dose 1 heure ou 2 heures après le dîner (en cas de fermentations anormales).

Les malades atteints de *gastrite avec catarrhe* et stases gastriques ont avantage à boire à jeun un verre de 100 à 125 grammes d'eau de la source Chomel (source la plus chaude) qui dissout les mucosités et les entraîne avec les résidus de stase et réalise, pour ainsi dire, l'auto-lavage de l'estomac.

Mais en règle générale, si les troubles gastriques ne se sont pas amendés d'une façon très appréciable au bout d'une huitaine de jours, nous faisons le lavage de l'estomac avec l'eau de la source Chomel. Il est bien rare que ce procédé (trop abandonné aujourd'hui et dont nous restons partisan convaincu, pour ces cas) ne détermine pas une amélioration très rapide.

Lorsque l'estomac à jeun ne contient pas, ou à peine, de détritus d'aliments et contient seulement du liquide de stase et surtout des mucosités, nous administrons la *douche intra-stomacale* avec l'eau de Chomel à 42-44°. Nous employons pour cela la sonde à douche intra-stomacale de notre ami le Dr Godart-Danhieux, de Bruxelles, modification très heureuse de l'appareil d'Einhorn.

C'est un tube demi-souple en caoutchouc perforé à sa partie inférieure, vers ses six derniers centimètres, d'une vingtaine de petits orifices latéraux, ayant des directions et des niveaux différents. L'extrémité inférieure porte à son intérieur un ajutage métallique ayant un orifice central. A l'intérieur de cet ajutage tubulaire est un petit obus métallique ayant le rôle de soupape, mobile (comme les obus de valves des chambres à air de bicyclettes ou d'automobiles), s'abaissant pour obturer l'orifice inférieur du tube, quand la pression du liquide s'exerce de haut en bas. Ce dispositif oblige le liquide versé dans le tube à jaillir par les orifices horizontaux, en une série de petits jets filiformes. Ceux-ci sont projetés, avec une pression déterminée par la hauteur du tube d'arrivée de l'eau, contre les parois de l'estomac, les détergent du mucus qui les tapissait, et qu'ils dissolvent en partie et entraînent. Si la pression est un peu élevée, la douche produit une vraie excitation de la musculeuse de l'estomac.

Pour évacuer le liquide avec les mucosités, liquides de stase, bile, etc., que peut contenir l'estomac, nous opérons comme pour le lavage ordinaire en abaissant le tube extérieur amorcé en siphon. La pression, s'exerçant alors de bas en haut, le liquide refoule en haut l'obus métallique, qui est d'un diamètre moindre que celui de la partie supérieure de l'ajutage et dont la course est limitée par une fine traverse métallique en croix, fixée à l'extrémité supérieure de l'ajutage.

Le reflux du liquide s'effectue donc à la fois à travers les orifices latéraux et l'orifice terminal ouvert par suite de l'ascension de l'obus.

L'opération, comme nous la pratiquons, ne diffère du lavage ordinaire de l'estomac que par l'instrumentation. Nous ajouterons que la sonde à douche gastrique n'ayant que 0 m. 65 de longueur est trop courte pour faire office de siphon. Aussi y ajoutons-nous, au moyen d'un tube de verre, la moitié supérieure d'une sonde ordinaire, à lavage de l'estomac, à l'extrémité de laquelle on adapte un entonnoir en verre.

Le Dr Godard-Danhieux opère d'une façon différente, en se servant de l'instrumentation décrite par Einhorn (1).

Elle se compose de son tube à douche intragastrique que l'on enfonce dans l'œsophage et l'estomac jusqu'à 0 m. 40 à 0 m. 45 environ de profondeur et qui est relié par un tube en verre, en forme d'Y, à deux tubes en caoutchouc ; l'un d'eux (tube d'adduction) est fixé par son extrémité supérieure à un récipient, genre douche d'Esmarck, contenant le liquide destiné au lavage et placé à une certaine hauteur. L'autre tube (tube d'évacuation) plonge par son extrémité inférieure dans un vase placé sur le sol.

Ces deux tubes (d'adduction et d'évacuation) sont chacun munis d'un robinet ordinaire ou d'un robinet compresseur de Mohr ou de Rainal, qui permet de les ouvrir et de les fermer, pour commander alternativement l'arrivée du liquide dans l'estomac et son évacuation.

(1) M. Einhorn. *Maladies de l'estomac*. Traduction de Labadie, Paris, 1901, p. 137.

Le tube à douche gastrique étant introduit dans l'estomac, l'appareil installé et le récipient rempli du liquide devant servir au lavage, on ferme le tube d'évacuation, on ouvre celui d'adduction et l'on fait couler dans l'estomac 1/2 litre d'eau environ. Pour l'évacuer, on enfonce le tube de 8 à 10 centimètres de plus, ou ouvre le robinet commandant le tube d'évacuation et on ferme celui d'adduction ; le siphon est établi et le liquide reflue par le tube d'évacuation. Quand il cesse de couler, on recommence l'opération, en fermant le robinet d'évacuation et en ouvrant celui d'adduction. Et on la répète trois ou quatre fois.

Il est bien évident que la douche intra-gastrique ne convient pas lorsque l'estomac contient des détritus un peu volumineux d'aliments, car ceux-ci ne pourraient être évacués à travers les orifices latéraux et terminal, trop étroits pour cela.

Aux malades constipés, atteints d'entérite et ayant des symptômes d'intoxication intestinale, sont très utiles les irrigations intestinales, dites douches horizontales, d'eau minérale chaude, prises dans la position couchée, à une pression faible (de 0,50 à 0,70 centimètres) au moyen d'une longue sonde en caoutchouc.

Le lavage intestinal exécuté de cette façon a une action décongestive, désobstruante et antiseptique très nette. De plus, il permet d'introduire dans l'économie une certaine quantité d'eau minérale alcaline qui est absorbée par les chylifères de l'intestin et d'activer l'alcalinisation. La diurèse abondante, souvent consécutive, est la preuve de cette absorption.

L'établissement thermal de Vichy possède des dispositifs parfaits permettant de régler la température, la pression et la quantité de l'eau à employer pour chaque irrigation, quantité variant de 500 à 1.000 centimètres cubes.

Aux sujets atteints d'hyposthénie gastrique avec fermentations, congestion hépatique et glycosurie, nous prescrivons, à moins de contre-indication d'ordre circulatoire, des douches froides précédées d'un jet très chaud à pression modérée sur les régions des reins, du foie et de l'estomac.

Pour les dyspeptiques arthritiques obèses avec glycosurie, les douches-massages sont un adjuvant très efficace de la cure, en raison de leur action régularisatrice de la circulation et de la nutrition générales.

Dans les glycosuries et les diabètes consécutifs à des maladies infectieuses, les indications sont peu différentes de celles que nous venons d'étudier. Il s'agit en effet dans ces cas : 1° de régulariser les fonctions gastro-hépato-intestinales et pancréatiques ; 2° de combattre les intoxications des voies digestives et les intoxications générales, en favorisant et en augmentant les éliminations par l'intestin, le rein et la peau ; 3° de relever l'état général.

Le traitement interne répondant à ces indications consiste dans l'ingestion d'eau des sources de Chomel, Grande-Grille ou Hôpital, suivant les cas. Lorsqu'il est utile d'activer la diurèse, comme lorsque les urines sont devenues troubles, alcalines, avec sédiments uratiques ou phosphatiques, nous y adjoignons 2 à 3 verres d'eau de la source des Célestins à boire dans l'après-midi, à une demie ou trois quarts d'heure d'intervalle.

Les douches ascendantes, les bains d'air chaud ou les bains de lumière, l'hydrothérapie et des séances de courants de haute fréquence activeront les éliminations intestinales et cutanées et les échanges nutritifs, relèveront l'état général et régulariseront la tension artérielle.

Toutes les ressources physico-thérapiques pouvant être utiles dans les affections des voies digestives, comme dans les maladies de la nutrition, sont représentées dans l'établissement thermal de Vichy qui constitue l'instal-

lation la plus complète et la plus parfaite de la balnéothérapie, de l'hydrothérapie et de la physicothérapie.

Nous ne ferons que citer les bains minéraux en baignoires et en piscines, les bains avec douches sous-marines, l'hydrothérapie sons toutes ses formes, les douches-massages, les salles de massage à sec, les bains et les douches de vapeur et d'air chaud, les bains de lumière, les bains de gaz acide carbonique fourni par la source Chomel, le bain carbo-gazeux, les salles de douches intestinales et vaginales et les services très complets d'électrothérapie et de mécanothérapie.

Nons n'insisterons pas ici sur l'action régulatrice de la cure *vichyssoise* sur les fonctions digestives, les fonctions hépatiques et sur les diverses glandes de l'organisme, non plus que sur les échanges nutritifs ; cette action est bien connue ; elle est mise en lumière par tous les heureux résultats qu'elle produit, c'est-à-dire par l'expérience. Nous ferons surtout remarquer que ces régularisations fonctionnelles se traduisent par la disparition de la glycosurie, au cours du traitement de Vichy ; c'est la règle générale. Et même quand le diabète est installé, quand il a succédé à une simple glycosurie intermittente, nous voyons, à Vichy, le foie revenir à son volume, à sa consistance normale, l'état général s'améliorer, les symptômes du diabète s'atténuer considérablement. Chaque cure détermine chez le malade une notable amélioration, un regain de santé, souvent de longue durée, et le met à l'abri des complications du diabète.

REVUE D'UROLOGIE

Séparation de l'urobiline par le talc ; sa recherche, par M. C. Carrez, professeur à la Faculté libre de médecine et de pharmacie de Lille (*Répertoire de pharmacie*).

Dans la défécation des urines à l'aide du ferrocyanure de zinc, le précipité, au lieu d'être grisâtre ou jaunâtre, prend une teinte plus ou moins rose dans le cas de la présence de l'urobiline. Cette coloration rose du précipité est un excellent indice de la présence de cette substance et il m'est arrivé plusieurs fois de la trouver dans des urines de diabétiques extrêmement pâles, alors que je n'aurais pas jugé utile de la rechercher, si je n'avais été averti par la coloration en question.

Pour confirmer la présence de l'urobiline, on peut traiter une portion de ce précipité par le réactif d'Oliviero (1) (chlorure de zinc 10 gr., ammoniaque q. s. pour dissoudre, environ 30 gr., alcool à 90° 80 gr., éther acétique 20 gr.), et l'on obtient par filtration la fluorescence verte caractéristique.

On arrive à un résultat bien meilleur en opérant de la manière suivante :

L'urine est déféquée par le sulfate acide de mercure, comme l'a indiqué M. Denigès (2) et on mélange :

Urine..................	45 c. cubes
Réactif mercurique.....	30 —

on agite et l'on filtre ; si le filtratum n'est pas limpide du premier jet, il ne faut pas chercher à l'obtenir clair par refiltration, car ce serait s'exposer à éliminer l'urobiline.

Dès qu'on a recueilli suffisamment de liquide, on prélève 50 cc. du filtratum (correspondant à 30 cc. d'urine) ; on agite avec environ 1 gr. de talc (3), qui entraîne l'urobiline ; on filtre immédiatement, car le filtratum mercuriel ne tarde pas à se troubler, et on lave le talc à l'eau distillée ; l'urobiline, ainsi séparée des autres substances urinaires, n'est pas enlevée au talc par des lavages à l'alcool, à l'éther ou au chloroforme ; elle est facilement dissoute, au contraire, soit par l'alcool ammoniacal, soit par l'alcool chlorhydrique ; on peut, dès lors, suivre deux voies pour la caractériser.

(1) *Répertoire de pharmacie*, 1904, p. 173.
(2) *Id.*, 1897, p. 150.
(3) La silice donne le même résultat.

La plus simple et la plus rapide consiste à traiter le talc, sur le filtre même, par 5 à 6 cc. de réactif d'Oliviero ou d'un mélange alcalin analogue (1) ; on obtient immédiatement un liquide présentant une belle fluorescence verte et donnant au spectroscope la bande γ très nette, alors que l'urine, traitée directement par le même réactif, donne à peine quelque chose de perceptible.

Le second moyen, pour caractériser l'urobiline, ne donne pas une réaction moins nette : on traite le talc par 10 cc. d'alcool acidulé par 5 0/0 d'acide chlorhydrique, en recueillant la solution alcoolique dans un entonnoir à décantation) ; on ajoute ensuite 5 à 6 cc. de chloroforme, puis de 100 à 150 cc. d'eau et l'on agite vivement. Le chloroforme ne s'émulsionne pas et se sépare de l'alcool (qui reste mélangé à l'eau) en entraînant l'urobiline ; on le décante sur un petit filtre lavé au chloroforme, on ajoute goutte à goutte au soluté chloroformique clair, selon la technique de M. Grimbert (2), une solution alcoolique d'acétate de zinc au 1/1000e, jusqu'à ce qu'on obtienne un mélange limpide. A mesure qu'on ajoute la solution d'acétate de zinc, on voit se produire la fluorescence verte qui ne tarde pas à apparaître dans toute son intensité et, si l'on examine le mélange au spectroscope, la bande est de beaucoup plus nette et plus sombre que celle que donne le soluté chloroformique avant l'addition de ta solution alcoolique d'acétate de zinc.

En déterminant la précipitation de l'urobiline par le talc, on peut, en opérant sur un grand volume d'urine déféquée au sulfate mercurique, obtenir une très grande sensibilité dans la recherche de cette substance.

D'autre part, le talc teint par l'urobiline, après avoir été lavé à l'eau, peut être séché et conservé. On a ainsi à sa disposition une provision d'urobiline, ce qui peut rendre service dans les cours et travaux pratiques d'urologie.

REVUE D'ANTHROPOLOGIE

Études des cerveaux préhistoriques, par le docteur Marcel Baudoin.

L'auteur qui est un anthropologiste de grand mérite, doublé d'un archéologue érudit et consciencieux, dans une note qu'il vient d'adresser à l'Académie des Sciences, rappelle qu'en 1905 il a découvert aux Chaumes de Saint-Hilaire de Riez, au milieu d'une dune postnéolithique (menhir enfoui sous le sable) et pré-romaine (station archéologique à 50 centimètres seulement sous la surface du sable) une quinzaine de squelettes qui correspondent à des inhumations voulues, sans cercueil. Au milieu des ossements gisaient des vases entiers, les uns en poteries anciennes, les autres de forme si spéciale qu'ils ont pu être datés à cinquante ans près, date confirmée par M. Déchelette et correspondant au troisième siècle après Jésus-Christ.

Or, en étudiant avec soin neuf crânes bien conservés, il a constaté qu'ils présentaient tous, à des degrés divers, suivant l'âge et le sexe, la déformation annulaire, due au port d'un appareil spécial pendant l'enfance, qu'il a signalée déjà pour le bassin de Paris et l'époque de la pierre polie. Il faut en conclure que les Gallo-Romains de Vendée, en réalité les Gaulois d'alors, romanisés par la civilisation nouvelle, et comme les néolithiques des environs de Paris, avaient l'habitude de déformer le crâne de leurs enfants, comme on le faisait encore tout récemment en Poitou (Lunier 1825) et surtout dans la région de la Haute-Garonne (crânes toulousains) ainsi que le démontrent les superbes échantillons de la collection du prince Roland Bonaparte et mieux encore les souvenirs d'un grand nombre de nos contemporains qui ont vu appliquer ou se sont vu appliquer la méthode.

(1) Voir *Répertoire de Pharmacie*, 1910, page 400, *caractérisation de l'Urobiline par les sels de zinc*, par M. Weitz.
(2) *Répertoire de Pharmacie* 1905, p. 246.

L'un des crânes mis à jour correspondant à un enfant très jeune (os très minces, foliacés), le docteur Baudouin a eu l'idée de mouler en plâtre la face interne du pariétal et de l'occipital, os sur lesquels porte surtout la déformation. Ce moule est tout à fait suggestif. Il montre qu'au niveau du sillon rétrofrontal transversal, correspondant à la ligne de striction, il n'y avait pas la moindre trace d'éminences mamillaires ni d'impressions digitales. La surface est absolument lisse et plane. Partant, on n'y voit aucune trace des circonvolutions cérébrales, tandis que partout ailleurs, les circonvolutions sont très apparentes, comme d'ordinaire et comme l'avait remarqué depuis longtemps Cruveilhier.

On prend là sur le fait l'action des bandes compressives, appliquant fortement l'os pariétal, encore presque mou (sinon fibreux), sur la surface du cerveau et empêchant les circonvolutions non pas de se développer (cela on ne le sait pas et n'est pas probable an demeurant), mais d'imprimer leurs traces, comme d'ordinaire, sur la face interne des os craniens.

CARNET DU PRATICIEN

Traitement de l'hyperhidrose plantaire

Lavages fréquents avec les solutions astringentes, par exemple :

Tannin......................	4 grammes
Alun........................	20 —
Eau.........................	1000 —

Si les sueurs sont fétides ou peut substituer à ces solutions soit le bain de pied au permanganate de potasse à 1/1000, soit le bain de pied acidulé.

Acide sulfurique...........	5 grammes
Eau tiède..................	3 litres

dans un bain de pied en porcelaine ou en faïence ; répéter tous les trois jours pendant dix minutes. Dans l'intervalle poudrer l'intérieur des chaussettes avec :

Talc.......................	40 grammes
Salicylate de bismuth......	30 —
Oxyde de zinc..............	20 —
Alun pulvérisé.............	10 —

Le traitement de choix est le badigeonnage au formol.

Formol à 40 0/0............	10 grammes
Eau distillée..............	100 —

trois à quatre badigeonnages dans le courant de la saison. Pour les personnes à peau délicate on peut étendre la solution ou l'additionner de glycérine.

Lait diurétique

Oignon blanc...............	150 grammes
Pommes reinettes...........	100 —
Scille.....................	15 —
Lait bouilli...............	1 litre

Passez et gazéifiez au besoin.

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 17.500 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 35, rue J.-J. Rousseau

Le Gérant : Docteur Lucien Graux.

CHEMIN DE FER DU NORD

Stations balnéaires et thermales.

Du jeudi précédant les Rameaux au 31 octobre, toutes les gares du chemin de fer du Nord délivrent des billets à prix réduits, à destination des stations balnéaires et thermales du réseau, sous condition d'effectuer un parcours minimum de 100 kilomètres aller et retour.

Billets collectifs de famille, valables 33 jours, prolongeables pendant une ou plusieurs périodes de quinze jours (Réduction de 50 0/0 à partir de la 4e personne).

Billets hebdomadaires et carnets d'aller et retour individuels, valables cinq jours, du vendredi au mardi et de l'avant-veille au surlendemain des fêtes légales (Réduction de 20 à 44 0/0);

Les carnets contiennent 5 billets d'aller et retour qui peuvent être utilisés à une date quelconque dans le délai de trente-trois jours;

Cartes d'abonnement, valables trente-trois jours (Réduction de 20 0/0 sur le prix des abonnements ordinaires d'un mois) à toute personne prenant deux billets ordinaires au moins ou un billet de saison pour les membres de sa famille.

Pour les stations balnéaires seulement :

Billets d'excursion, individuels ou de famille de 2e et 3e classes, des dimanches et jours de fêtes légales, valables une journée dans des trains désignés (Réduction de 20 à 70 0/0).

Pour tous renseignements, consulter le livret guide Nord ou s'adresser dans les gares et bureaux de ville de la Compagnie.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

Relations entre Paris et l'Italie

PAR LE MONT-CENIS

ALLER (départ de Paris) : 2 h. 30 soir, V.-L. ; L.-S. : 1re et 2e classes jusqu'à Turin.

ALLER : 10 h. 30 soir, V.-L. ; 1re et 2e jusqu'à Rome. L.-S. jusqu'à Modane.

RETOUR (départ de Rome) : 9 h. 15 soir, V.-L. ; 1re et 2e classes depuis Turin ; L.-S. ; 1re classe, depuis Modane.

RETOUR : 8 heures matin, V.-L. ; L.-S. ; 1re et 2e classes depuis Turin ; V.-R depuis Dijon.

RETOUR : 2 h. 40 soir, 1re et 2e classes depuis Rome

VILLES DE SAISON

CE QUI SE PASSE

Une analyse d'eau en 1773

Au moment où l'autorité militaire fait procéder tous les quinze jours à l'analyse bactériologique des eaux d'alimentation, nous sommes heureux de publier, dans ce journal, les résultats d'une analyse chimique d'une eau de source, faite en 1773. Nous devons ce compte rendu à l'extrême obligeance de notre distingué camarade, le pharmacien major de 1re classe Darbour, qui a bien voulu nous autoriser à le publier in-extenso. Qu'il reçoive ici le public hommage de notre sincère gratitude !

Dr BONNETTE,
Médecin Major de 1re classe, Lauréat de l'Institut.

Chas Queyras 1773 2e — 5e. *Analyse de l'eau de la fontaine de Queyras par Mr Bouillard, maître es arts, chirurgien major de l'hôpital militaire de Mondauphin.*

Monsieur de Lacbiche, ingénieur en chef de cette place m'aiant fait aporter, avec les précautions nécessaires, de l'eau puisée dans une source qu'il projete de faire venir au château de Queyras ; afin de tâcher d'en découvrir le degre de pureté, je l'ai éprouvé par les expériences suivantes :

L'eau de la fontaine de Queyras, mise dans un verre bien rincé, est claire, limpide et sans couleur; on y voit néanmoins en la regardant attentivement en opposition avec la lumière, des petits corps flotans comme il s'en trouve dans presque toutes les eaux. Je l'ai goutée et je ni ai trouvé aucune saveur sensible.

J'ai rempli d'eau de la source de Queyras une fiole qui contient juste deux onces d'eau distilée; après l'avoir pesée très exactement, j'ai vu que son poids est parfaitement égal à celui de l'eau distilée. J'ai versé trente gouttes de dissolution de mercure par l'esprit de nitre. dans un verre rempli, aux deux tiers, d'eau de la source de Queyras ; elle est deve ue blanchatre, il s'est formé incontinent un nuage de même couleur qui s'est tenu suspendu vers la superficie pendant environ un quart d'heure puis il s'est précipité insensiblement et a laissé au bout de vingt-quatre heures un petit dépôt d'un jaune citron-foncé : Ce dépôt démontre le transport de l'acide vitriolique de la séléuite de cette eau sur le mercure ; l'expérience correspondante faite sur l'eau de la fontaine de Montdauphin y a occasionné le même dépôt mais moins coloré, ce qui peut faire penser que cette eau contient quelques principes sulfureux que celle de Montdauphin n'a pas.

Trente gouttes de dissolution d'argent fin, par l'esprit de nitre, versées dans un verre rempli de l'eau de la source de Queyras, l'ont rendue blanchâtre, il s'est formé ensuite un petit dépôt ou précipité d'un blanc un peu grisâtre, cette expérience prouve comme la précédente que cette eau contient de la sélénite mêlée de quelque peu de soufre.

L'alkali volatil de sel ammoniac appliqué à l'eau de la source de Queyras y a produit un très léger dépôt blanc et terreux, il a laissé de plus à l'eau une couleur un peu rougeâtre, ce qui me parait encore prouver l'existance de quelques principes sulfureux, mais il ne s'est développé dans cette expérience aucune couleur bleue, ce qui prouve aussi qu'elle ne contient point de parties cuivreuses.

Une once d'eau de la source de Queyras, mêlée avec quatre onces d'esprit de vin n'a produit dans l'espace de vingt quatre heures, ni dépôt ni cristalisation, d'où on peut conclure que cette eau ne contient aucun des sels, dont l'esprit de vin peut procurer la cristalisation et que la sélénite qu'elle contient est trop peu de chose pour se manifester dans cette expérience.

Aiant mis la moitié d'une noix de Galle épineuse dans un verre rempli de cette eau, j'ai vu au bout d'une heure, une couleur jaune rougeâtre environner la noix de Galle, peu à peu la tinture s'est chargée, en douze heures toute l'eau du gobelet est devenue d'un bleu verdâtre, la couleur s'est toujours chargée davantage de sorte que le troisième jour elle était presque noire, mais l'eau du fond du gobelet, c'est-à-dire celle qui environnait la noix de Galle a resté d'un jaune rougeâtre; il résulte de cette expérience qu'il y a dans cette eau des parties ferrugineuses. L'eau de Queyras mêlée avec le sirop violat n'a altéré en aucune façon sa couleur.

Cette eau n'a souffert aucun changement par la dissolution du sublimé corosif; d'où on voit qu'elle ne contient point de matières alkalines libres, du moins en quantité sensible.

Cette eau a dissout exactement et en peu de tems du savon blanc raclé très mince et cela sans former ni crème, ni caillé.

L'eau de chaux première, mêlée à égale quantité avec l'eau de la source de Queyras, l'a rendue en peu de temps blanchâtre et y a laissé ensuite un léger dépôt très blanc.

Cette eau n'a pas été altérée en aucune façon par le mélange des acides vitriolique, nitreux et marin.

Deux livres de l'eau de Queyras évaporée jusqu'à siccité ont laissé un résidu séléniteux d'un blanc grisâtre qui peut être évalué à un grain.

Le résultat de toutes ces expériences est, que l'eau de la source de Queyras contient des parties ferrugineuses, quelque peu de principes sulfureux, de la sélénite en quantité à peu près pareille à celle qui se trouve dans toutes les eaux potables; qu'on ni découvre aucun acide ni alkali libres, aucune partie cuivreuse ni malfaisante; ce qui me détermine à croire que cette eau est saine et bonne à boire.

A Montdauphin, le quinze août 1773.

BOUILLARD.

ÉCHOS

Nécrologie

Nous avons le regret d'apprendre la mort de notre confrère le Dr Conriault. Cette mort sera particulièrement regrettée. Notre confrère, en effet, s'était signalé par son dévouement aux causes médicales.

C'est lui, en particulier, qui fut le principal instigateur de l'œuvre de solidarité connue aujourd'hui sous le nom de la « Maison du médecin. »

L'hygiène des travailleurs

Une délégation de l'association ouvrière de l'hygiène et de la sécurité des travailleurs, ayant à sa tête MM. Chevalier, secrétaire de l'association; Montelimard, délégué de la fédération des teinturiers-dégraisseurs, et Frois, inspecteur du travail a été reçue par M. Mirman, directeur des services d'hygiène au ministère de l'intérieur, auquel elle a soumis divers vœux adoptés par un récent congrès.

Ces vœux concernent notamment : la suppression de l'emploi du bichlorure de mercure dans les services de désinfection de la ville de Paris et autres villes de province ; la désinfection des locaux de travail reconnus contaminés ; la représentation ouvrière dans les comités d'hygiène, etc.

Hôpital de la Pitié

Depuis quelques jours, le vieil hôpital de la Pitié est complètement abandonné. Sur la porte maintenant fermée on a collé une affiche manuscrite ainsi conçue : « L'hôpital est définitivement évacué. S'adresser désormais au n° 83 du boulevard de l'Hôpital. »

Distinctions honorifiques

MÉRITE AGRICOLE. — *Officier.* — M. le Dr Lepage-Viger, à Orléans (Loiret).

Chevalier. — MM. les Drs Boix Journiac, à Paris; Lebœnf, à Charny (Nièvre); Rivière, à Rennes (Ille-et-Vilaine).

L'assistance aux tuberculeux

Sur la proposition de M. Henri Galli, le Conseil général de la Seine vient de prendre la délibération suivante :

« La troisième Commission est invité à étudier et à présenter à la prochaine session soit un projet de création de sanatorium départemental pour tuberculeux, soit l'augmentation du nombre des lits actuellement entretenus par le Département au sanatorium de Chevilly-Larue et l'entretien de lits nouveaux au sanatorium de Bligny.

« Les crédits nécessaires au fonctionnement de ces œuvres de solidarité seront assurés au moyen d'une subvention départementale et de fonds prélevés sur l'octroi de banlieue et sur la caisse du Pari mutuel ».

A l'Académie de Médecine

L'Académie de médecine présente à l'heure actuelle cette particularité d'être au complet. Pareil fait ne s'était pas présenté depuis une trentaine d'années au moins, et les décès se multipliant, les élections s'échelonnant souvent à de longs intervalles, la Compagnie s'était toujours trouvée dans la nécessité de dresser des listes de présentation à l'un ou à l'autre siège vacant. Depuis l'élection du successeur de M. Kelsch les membres titulaires de l'Académie sont, ainsi que le veut le règlement, au nombre de cent, répartis en onze sections ainsi qu'il suit :

1re section.	Anatomie et physiologie....	10
2e —	Pathologie médicale........	13
3e —	Pathologie chirurgicale.....	10
4e —	Thérapeutique et histoire naturelle médicale..........	10
5e —	Médecine opératoire.........	7
6e —	Anatomie pathologique.......	7
7e —	Accouchements...............	7
8e —	Hygiène publique, médecine légale et police médicale..	10
9e —	Médecine vétérinaire........	6
10e —	Physique et chimie médicales	10
11e —	Pharmacie..................	10
	Total............	100

Religieuses dans les Cliniques privées.

Tout médecin qui installe dans sa clinique privée une ou plusieurs religieuses, même appartenant à une congrégation autorisée, sans avoir obtenu l'autorisation du Gouvernement, tombe sous le coup de la loi. Les religieuses seraient également poursuivies. Ainsi en ont décidé plusieurs tribunaux d'après l'unique article de la loi du 4 décembre 1902, complétant l'article 16 de la loi du 1er juillet 1901 :

« Seront passibles des peines portées à l'article 852, tous les individus qui, sans être munis de l'autorisation exigée par l'article 13, § 2, auront ouvert ou dirigé un établissement congréganiste, de quelque nature qu'il soit, que cet établissement appartienne à la congrégation ou à des tiers, qu'il comprenne un ou plusieurs congréganistes; tous ceux qui auront continué à faire partie d'un établissement dont la fermeture aurait été ordonnée conformément à l'article 13, § 3; tous ceux qui auront favorisé l'organisation ou le fonctionnement d'un établissement visé par le présent article, en consentant l'usage d'un local dont ils disposent. »

Médecin, malade et sérum.

La chambre criminelle de la Cour de cassation vient de rendre un arrêt de principe qui va très certainement causer quelque émotion dans le monde médical. Voici le fait :

La loi du 25 avril 1895 sur la préparation, la vente et la distribution des sérums thérapeutiques et autres produits analogues, dit dans son article premier : « Les virus atténués, sérums thérapeutiques, toxines modifiées et produits analogues pouvant servir à la prophylaxie et à la thérapeutique des maladies contagieuses, et les substances injectables d'origine organique, non définies chimiquement, appliquées au traitement des affections aiguës ou chroniques, ne pourront être « débitées », à titre gratuit ou onéreux, qu'autant qu'ils auront été, au point de vue soit de la fabrication, soit de la provenance, l'objet d'une autorisation du gouvernement, rendue après avis du comité consultatif d'hygiène publique de France et de l'Académie de médecine. »

Or, en vertu de cette loi, un médecin, le Dr Lorot, était poursuivi l'an dernier devant le tribunal correctionnel, et tout de suite la question se posa de savoir si son article premier était applicable à un médecin qui, inventeur d'un sérum — sérum antituberculeux dans l'espèce, — injecte lui-même ce sérum, non autorisé, à ses propres malades. Le tribunal acquitta, estimant qu'il n'y avait pas en *débit* de sérum. Sur appel du parquet, l'affaire fut portée devant la Cour, mais la chambre des appels correctionnels confirma la décision des premiers juges.

Cependant le procureur général ne se tint pas pour battu et porta la question devant la Cour de cassation.

Après rapport du conseiller Roullier, qui concluait à la cassation de l'arrêt de la chambre des appels correctionnels, conclusions conformes de l'avocat général Justin Seligman et plaidoirie de Me Ballimann, la chambre criminelle de la Cour suprême a cassé l'arrêt qui avait acquitté le Dr Lorot. Conséquence : un médecin ne peut, sans tomber sous l'application de la loi du 25 avril 189., injecter à ses malades un sérum, non autorisé, de sa fabrication.

Le Dr Lorot sera donc renvoyé devant une autre Cour dont la désignation sera faite ultérieurement.

Boyaux artificiels.

C'est fort heureusement des boyaux destinés à la charcuterie qu'il s'agit, et ce sont les *Annales des Falsifications* qui nous en parlent. Le syndicat des produits alimentaires en gros a demandé si l'emploi de peaux artificielles constituées par un tissu de gaze imprégné de gélatine insolubilisée par traitement à l'alun pouvait être autorisé en remplacement des boyaux dont on se sert habituellement dans les produits de la charcuterie : saucissons, saucisses, andouilles, etc. Le ministre de l'Agriculture a répondu que l'emploi de ces boyaux artificiels ne lui semblait pas contrevenir aux dispositions de la loi et qu'il paraissait même présenter des avantages sur les anciens procédés. La cause est donc entendue, et l'on pourra faire désormais de la charcuterie comme on fait des pansements. C'est le progrès!

REVUE FINANCIÈRE

L'approche des fêtes a complètement arrêté les opérations de la Bourse et le marché est des plus étroits. Il faut néanmoins constater une amélioration générale du marché et un raffermissement des valeurs mexicaines. La hausse du sucre provoque des achats sérieux sur les valeurs sucrières. Les Raffineries d'Egypte et les Sucreries Say sont en progression sensible. Il y a longtemps que nous avons attiré l'attention sur les Raffineries d'Egypte. Notez les cours actuels de 75 et 78 et nous verrons dans quelque temps où nous en serons. Valeurs russes en bonne tendance.

A.-S. WEIL.

82e Année (Série XIIIe) — N° 108 | Le Numéro : 25 Centimes | Mercredi 23 Août 1911

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
9, Rue Denis-Poisson, PARIS
Téléphone : 573-40

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale........ 15 fr.
Edition Espagnole.... 10 fr.
Edition Portugaise.... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

DIRECTEUR :
Dr LUCIEN GRAUX
Lauréat de l'Institut

Hors concours, Membre du Jury
Exposition franco-britannique 1908
Vice Prés. Expos. Bruxelles Cl. 16

Ancienne *Gazette de Santé*
(139e Année)

ÉCHOS

Nécrologie

Mercredi dernier, après un court alitement, a succombé M. le Docteur Dieulafoy, professeur honoraire de clinique à la Faculté de médecine de Paris.

Ancien élève du grand Trousseau, M. Dieulafoy laisse le souvenir d'un professeur incomparable et celui d'un parfait galant homme et d'un homme de bien.

Il était âgé de 72 ans.

Internat

Rappelons que l'ouverture du concours pour les prix de l'externat et la nomination des internes aura lieu le lundi 16 octobre 1911, à midi précis.

Les élèves sont admis à se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du personnel médical, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de dix heures à trois heures, depuis le vendredi 1er septembre jusqu'au samedi 30 du même mois inclusivement.

Avis important. — Aux termes du règlement, les candidats à l'internat parvenus à l'expiration de leur sixième année d'externat ne peuvent être nommés internes provisoires et en exercer les fonctions; d'autre part, ceux qui vont terminer leur deux premières années d'externat ne pourront figurer sur la liste des internes provisoires que s'ils ont obtenu l'autorisation de faire une année supplémentaire d'exercice comme externe; il en est de même des externes de troisième, quatrième et cinquième année.

IIIe Congrès International des Gouttes de lait.

Rappelons que le IIIe Congrès international pour la protection de l'enfance du « premier âge « Gouttes de lait » se tiendra à Berlin du 11 au 15 septembre prochain.

Peuvent faire partie du Congrès en qualité de membres toutes personnes, messieurs et dames, qui s'occupent de la protection de l'enfance du premier âge d'une manière scientifique ou pratique. Le Comité d'organisation se réserve toutefois le droit de refuser toute demande d'adhésion qui ne paraîtrait pas suffisamment justifiée.

La cotisation est fixée à 25 francs pour chaque membre.

Peuvent y participer à titre d'associées les personnes de la famille d'un membre du Congrès qui ne désireraient pas elles-mêmes faire partie du Congrès comme membres, ainsi que les élèves de toutes les facultés.

La cotisation pour les personnes associées est fixée à 12 fr. 50.

Les personnes associées sont invitées aux fêtes et aux réceptions officielles et peuvent, en outre, assister aux séances. Elles ne reçoivent pas les publications et ne prennent non plus part aux discussions.

Peuvent se faire représenter par un délégué au Congrès les corporations, les administrations et les autres organisations pour la protection de l'enfance du premier âge. La cotisation en sera payée sous le nom du délégué.

Tout membre du Congrès recevra un exemplaire des comptes rendus qui seront publiés après le Congrès.

Adresser les adhésions et toutes demandes de renseignements au Dr P. Grasset, 27, rue de Clocheville, à Tours.

IIe Congrès de l'alimentation.

Du 1er au 4 octobre prochain doit se tenir à Liège, sous le haut patronage du chef de l'Etat belge, le IIe Congrès de l'alimentation.

Les adhésions de membre effectif du Congrès doivent être adressées au secrétariat général du Congrès, 27, rue de Guillemins, à Liège, accompagnées du montant de la cotisation qui a été fixée à 10 fr.

Seront dites membres associés les personnes de la famille d'un membre effectif ayant versé une cotisation de 5 francs. Les membres associés seront invités aux fêtes et réceptions officielles et pourront assister aux séances, mais sans prendre part aux discussions. Elles ne recevront pas les publications du Congrès.

Hopitaux militaires.

Un concours pour l'emploi d'infirmière laïque des hôpitaux militaires s'ouvrira le 9 octobre 1911 dans un certain nombre de centres qui seront ultérieurement désignés.

Les candidates devront être de nationalité française et âgées, sauf dans les cas particuliers dont le ministre sera juge, de vingt ans au moins et de trente-cinq ans au plus au 1er janvier de l'année du concours.

Les candidates nommées infirmières stagiaires, passé l'âge de vingt-cinq ans, n'auront pas droit au minimum de retraite garanti par l'article 10 du décret du 26 février 1897.

Les personnes qui désirent prendre part au concours devront faire parvenir leur demande pour le 15 septembre au plus tard, au ministre de la Guerre (7e direction). Cette demande sera accompagnée des pièces suivantes :

1° Un bulletin de naissance.

2° Une copie certifiée conforme de leur certificat d'infirmière;

3° Un extrait de leur casier judiciaire ayant moins de trois mois de date;

4° Un certificat d'aptitude physique délivré par un médecin principal ou médecin-major du service hospitalier.

Des avantages nombreux sont faits aux infirmières des hôpitaux militaires.

Traitement annuel variant, suivant la classe, de 800 à 1.458 francs.

Logement gratuit à l'hôpital ou indemnité représentative de 300 à 400 francs, suivant l'importance des villes.

Nourriture gratuite ou indemnité représentative dans certains cas.

Indemnité annuelle de tenue de 100 francs.

Repos hebdomadaire de vingt-quatre heures et congé annuel de vingt-cinq jours.

Le programme détaillé du concours ainsi que le règlement provisoire du 22 juillet 1909, portant admission et administration d'un personnel d'infirmières laïques dans les hôpitaux militaires, sont insérés au *Bulletin officiel du ministère de la Guerre* (partie réglementaire).

Ecole d'infirmières.

Un examen pour l'admission de 100 élèves à l'école des infirmières de l'Assistance publique s'ouvrira le 5 octobre prochain à l'hôpital de la Salpêtrière.

Cette école destinée à former des infirmières pour les hôpitaux de Paris. reçoit les élèves gratuitement — exception faite du trousseau évalué à 60 francs — sous la condition d'un engagement de servir trois ans dans les hôpitaux, et — ce qui est plus intéressant — assure de droit, après les deux années d'étude, un poste d'infirmière de 2e classe à ses élèves brevetées; cette situation comporte, outre les avantages habituels des services administratifs : retraites, congés, etc., un traitement en argent de 700 francs par an en plus de la nourriture, du blanchissage, de l'habillement et du logement en chambre. Les brevetées choisissent leur affectation aux places vacantes dans les nombreux établissements de l'Assistance publique, soit à Paris, soit aux environs de Paris, soit en province (Berck, Hendaye, etc.).

La Délimitation de la Psychiatrie ET LES PSYCHONÉVROSES [1]

par M. le Dr DENY
Médecin de l'hospice de la Salpêtrière

Messieurs et chers collègues,

Ce qui fait la force et la vitalité de notre Congrès, c'est qu'il est en France le seul organisme qui consacre officiellement l'union de la neurologie et de la psychiatrie, ces deux sciences sœurs qui n'en font en réalité qu'une, puisqu'elles poursuivent le même objectif, celui de guérir ou de soulager les malades et les infirmes du système nerveux.

Après l'éloquent discours prononcé à l'ouverture de la session de Lille par M. le professeur Grasset sur «l'unité de la neurobiologie humaine », on a pu croire que serait définitivement scellée cette union des études neurologiques et psychiatriques que MM. Magnan, Pierret, Pitres, Gilbert-Ballet, Régis et Dupré s'étaient déjà efforcés de réaliser dans leur enseignement.

On a pu le croire, surtout l'année dernière, lorsqu'on a vu les deux Sociétés de Neurologie et de Psychiatrie de Paris tenir une réunion plénière pour discuter le rôle de l'émotion dans la genèse des accidents névropathiques et psychopathiques.

J'aime à croire que cette union, qui n'a jamais cessé d'exister dans les pays voisins, règne encore parmi nous. Il faut avouer, cependant, que depuis quelque temps, une certaine tiédeur, un peu de refroidissement semblent s'être manifestés dans les rapports des neurologistes et des psychiatres.

Ce refroidissement s'est accru tout récemment d'une question de délimitation de territoires..... non plus vinicoles, — comme cette année nous en a donné de si tristes exemples — mais pathologiques.

Toujours est-il qu'un cri de guerre a été poussé. Il est parti du camp neurologique. On a émis la prétention de soustraire à l'examen et au contrôle de la psychiatrie les affections mal classées, que l'on désigne depuis quelques années sous le nom de psychonévroses.

Quelles sont donc ces affections litigieuses qui nous menacent d'un nouveau conflit? Quelle est leur nature? Sont-elles d'ordre névropathique ou psychopathique? Y a-t-il entre elles et les psychoses proprement dites une différence de nature ou simplement de degré?

Quelle est enfin la place qu'il convient de leur assigner en nosologie?

Telles sont les différentes questions que je vais examiner brièvement.

Quelles sont les affections que l'on groupe aujourd'hui sous la dénomination de psychonévroses?

Avant de répondre à cette question, il est nécessaire de faire un léger retour en arrière. L'expression de psychonévrose a été empruntée par les neurologistes français aux psychiatres allemands: Kraft-Ebing, Schüle et quelques autres. Ces auteurs rangeaient, comme vous le savez, parmi les psychonévroses la mélancolie, la manie, le délire systématisé aigu, les folies hystériques, épileptiques, hypocondriaques, etc., c'est-à-dire les affections déjà individualisées sous le nom de vésanies ou de psychoses.

Le terme de psychonévrose n'a jamais été en faveur auprès des psychiatres français, ce qui, pour le dire en passant, prouve qu'il doit être bien médiocre!

Quoi qu'il en soit, il a été adopté en France par les neurologistes qui l'ont peu à peu substitué au concept singulièrement réduit des grandes névroses, parmi lesquelles on s'accorde généralement à ne plus faire figurer aujourd'hui que la neurasthénie, l'hystérie et une nouvelle entité morbide (qui sera caractérisée un peu plus loin), la psychasthénie.

De ces trois affections classées provisoirement aujourd'hui sous l'appellation de psychonévroses, le Professeur Raymond n'en reconnaît que deux comme légitimes et autonomes, la psychasthénie et l'hystérie; il en exclut la neurasthénie. On verra plus loin pourquoi.

M. le Professeur Déjerine n'admet également que deux psychonévroses, la neurasthénie et l'hystérie; la conception de la psychasténie n'ayant pas trouvé grâce devant lui.

Plus radical encore, M. Bernheim raye la neurasthénie et la psychasthénie et d'une façon générale, toutes les asthénies dont on a tant abusé dans ces derniers temps, du chapitre des psychonévroses et ne consent à y faire rentrer que la seule et unique hystérie.

Au total, et abstraction faite de quelques divergences de vues, qui ne sont peut-être pas aussi profondes qu'elles le paraissent, nous sommes en présence de trois affections baptisées aujourd'hui psychonévroses: l'hystérie, la psychasthénie et la neurasthénie.

Quelle est la nature de ces affections? Sont-elles d'ordre névropathique ou d'ordre psychopathique?

Le seul fait d'avoir substitué le mot de psychonévrose à celui de névrose, sous lequel on désignait autrefois la neurasthénie et l'hystérie (la psychasthénie n'existait pas encore), prouve que l'on s'accorde à faire jouer au psychisme un rôle primordial dans le déterminisme de ces affections. Cette substitution de termes n'aurait sans cela aucun sens.

M. Déjerine est, du reste, très explicite sur ce point: « Il existe, dit-il, un groupement nosologique particulier et fort important dont la symptomatologie est tout entière réalisée par une modification *primitive* de l'état moral ou mental et par toute une série de manifestations secondaires. Les affections qui rentrent dans ce cadre portent le nom de psychonévroses. »

C'est également pour mettre en relief cette prépondérance de l'élément psychique sur les autres symptômes que Raymond a proposé, à la suite des remarquables travaux de M. Pierre Janet, de scinder la neurasthénie et de séparer complètement la neurasthénie acquise ou accidentelle de la neurasthénie héréditaire ou constitutionnelle de Charcot. C'est cette dernière seule, qui constitue pour Raymond une psychonévrose autonome, construite par M. Pierre Janet sur le plan de l'hystérie et, qu'avec cet auteur, il désigne sous le nom de psychasthénie.

Quant à la neurasthénie acquise ou neurasthénie vraie, ce n'est pas une maladie, c'est un simple syndrome qui tantôt exprime un trouble purement fonctionnel, tantôt coexiste avec un état organique plus ou moins bien caractérisé.

Ce syndrome, variable dans ses modalités cliniques, est toujours la manifestation d'une dépression générale du système nerveux, due à la fatigue, aux excès de travail, etc...., dépression qui s'accuse aussi bien et peut-être plus, dans la sphère somatique que dans la sphère psychique, contrairement à ce qui a lieu dans la neurasthénie héréditaire ou constitutionnelle. Et c'est là le motif pour lequel Raymond exclut la neurasthénie vraie, généralement acquise et accidentelle, du groupe des psychonévroses.

Comme je l'ai déjà signalé, M. Déjerine repousse formellement cette subdivision de la neurasthénie en deux affections distinctes. Faisant allusion à la conception de la psychasthénie, il déclare « que la neurasthénie est bien et quoi qu'on en ait dit, une psychonévrose autonome, se reliant peut-être à d'autres états psychologiques, mais ayant cependant des caractères assez accusés pour pouvoir être considérée comme une véritable entité morbide ».

Pour lui, contrairement à l'opinion courante, la fatigue, le surmenage, etc., ne sont jamais capables à eux seuls de créer un état neurasthénique; il faut qu'à ces facteurs contingents et accessoires viennent s'ajouter des états émotifs continus, des préoccupations de tout ordre, des soucis, des craintes, de l'anxiété, etc., c'est-à-dire des éléments d'ordre psychologique.

Ainsi, réserve faite de quelques différences du reste légères, la psychasthénie de Janet-Raymond et la neurasthénie de M. Déjerine ne constituent au fond qu'une seule et même affection reconnue par ces auteurs comme étant d'origine et de nature essentiellement psychiques.

Aussi bien, cette opinion est celle de presque tous les neurologistes, de Brissaud, de M. Babinski, de M. Gilbert Ballet et de bien d'autres.

Cet accord est encore plus complet, si possible, en ce qui concerne la troisième psychonévrose, l'hystérie.

Comme le rappelait récemment M. Gilbert Ballet, c'est Charcot qui a montré le premier que l'hystérie est au premier chef une maladie psychique, opinion qui a été confirmée et développée depuis, dans des directions, il est vrai, un peu différentes, par MM. Bernheim, Pierre Janet, Babinski, Grasset, Gilbert Ballet et M. Déjerine lui-même.

La discussion qui a eu lieu ces dernières années à la Société de Neurologie sur la révision de l'hystérie traditionnelle est encore trop présente à votre esprit pour qu'il soit nécessaire d'insister.

Ainsi, de l'avis de la plupart des neurologistes, la neurasthénie, la psychasthénie et l'hystérie sont des maladies dont tous les symptômes psychiques et physiques sont régis et conditionnés par des modifications plus ou moins profondes, quoique de nature encore indéterminée, de l'appareil du psychisme.

(1) Discours prononcé par M. le Dr Deny, président de la séance d'inauguration du XXIe Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, qui vient de se tenir à Amiens.

Une dernière question me reste à examiner :

Quelle est la place qui doit être attribuée légitimement aux psychonévroses en nosologie?

On vient de voir que tout le monde admet aujourd'hui, comme un postulat démontré et indiscutable, l'origine et la nature psychopathiques des psychonévroses ; mais personne jusqu'ici ne semble s'être soucié de tirer les conséquences qui découlent logiquement de ce postulat.

On continue aujourd'hui comme hier à considérer comme ressortissant à la neurologie des affections dont on proclame à chaque instant, *urbi et orbi*, la subordination étroite au psychisme.

Cette anomalie a déjà frappé différents observateurs.

Voici, en effet, comment s'exprimait, à ce sujet, M. Pierre Janet, au Congrès d'Amsterdam :

« Depuis une trentaine d'années, il semble entendu par tout le monde que l'hystérie est une maladie mentale, mais cette déclaration me semble rester le plus souvent lettre morte, car après avoir adopté une formule quelconque « l'hystérie est une maladie psychique, une maladie par imagination, une maladie par idée, une maladie par suggestion ou par persuasion », on n'en tient plus compte le moins du monde et on étudie cette névrose comme une maladie organique quelconque. Il faudrait cependant s'entendre ; si l'hystérie est une maladie mentale, elle rentre dans le domaine de la psychiatrie ; on doit, pour l'étudier, adopter les méthodes de cette science, analyser les caractères psychologiques de chaque symptôme et surtout comparer cette maladie avec les autres maladies mentales connues. »

Voilà donc l'hystérie qu'au dire de M. Déjerine, « Charcot sut soustraire aux psychiatres et que ceux-ci s'efforceraient vainement de reconquérir », proclamée maladie psychique, maladie mentale, et par qui, par l'éminent professeur de psychologie du Collège de France !

M. Pierre Janet a précisé encore sa pensée en ajoutant :

« Je n'hésite pas à dire que l'hystérie est une psychose qui rentre dans le groupe considérable des psychoses dépressives. Il faudra plus tard la situer à côté des mélancolies, des délires maniaques, dépressifs, des psychasthénies. »

Voilà pour l'hytérie. En ce qui concerne la neurasthénie et la psychasthénie, l'évolution des idées n'est pas moins caractéristique.

M. le Professeur Bernheim, n'a-t-il pas écrit ces jours-ci : « Sans vouloir discuter ici la question d'identité ou de non-identité entre la mélancolie simple et la névropsychasténie, je puis dire que les neurasthéniques purs que je vois, c'est-à-dire ceux qui n'ont pas de mélancolie, mais simplement de l'aboulie, de la dépression, de la douleur de tête, ceux qui ne sont point anxieux..., les neurasthéniques qui répondent au tableau schématique classique ont la même évolution *cyclique* que ceux qui ont en plus de la mélancolie; malgré leur bonne volonté, le remontage moral, le repos du corps et de l'esprit, la maladie fait son temps, rebelle à toute influence morale, affirmant ainsi qu'il ne s'agit pas d'une simple psychonévrose émotive, mais d'une maladie réelle qui, avec ou sans mélancolie, a une évolution *cyclique*. »

Et maintenant :

Si parva licet componere magnis,

Je répéterai ici ce que j'écrivais il y a plus de cinq ans :

« Les cyclothymiques, les neurasthéniques constitutionnels, les psychasthéniques, etc., forment une famille naturelle de psychopathes, celle des déséquilibrés de la sensibilité morale et méritent une place à part, à côté des déséquilibrés de la sensibilité physique, des neurasthéniques vrais, des hypocondriaques, des cenesthopathes, etc. »

Pourquoi donc après avoir reconnu la nature psychopathique de la neurasthénie, de la psychasthénie et de l'hystérie, persiste-t-on, par une sorte de commun et tacite accord, à grouper aujourd'hui comme hier, les malades atteints de ces psychonévroses, sous le nom de névropathes, alors que logiquement, c'est celui de psychopathes ou au moins de névropsychopathes qui leur conviendrait?

M. Déjerine vient d'essayer de justifier cette infraction aux lois de la logique rationnelle en soutenant que les pshychonévroses constituent un domaine très spécial, n'affectant avec les psychoses caractérisés qu'une parenté de cause et non de nature, qu'il y aurait un grave danger à rendre les psychonévroses à la psychiatrie, notamment celui de faire du névropathe « un petit aliéné » et que du reste, en ce qui le concerne, il se refusait absolument à considérer « que la pathologie de l'esprit appartienne en propre à la psychiatrie, qu'elle soit son domaine exclusif sur lequel on ne puisse pénétrer sans faire œuvre de psychiatre ».

M. Dejerine a cent mille fois raison de dire que la pathologie de l'esprit n'est pas le domaine exclusif de la psychiatrie (celle-ci, en effet, ne réclame aucun monopole); mais il n'est pas fondé à dire, à moins de changer le sens des mots, que la pathologie de l'esprit n'appartient pas en propre à la psychiatrie, à la médecine de l'esprit.

Quel est donc alors le domaine de cette science, si on lui dénie le droit de s'occuper des maladies de l'esprit, de toutes les maladies de l'esprit?

Voici la réponse de M. Déjerine : « Le domaine de la psychiatrie, c'est le domaine de la maladie mentale, pris dans le sens assez étroit, j'en conviens, de l'aliénation mentale ».

Voilà qui est parlé. Le domaine de la psychiatrie est celui de l'aliénation mentale. Le champ d'action du psychiatre ne doit donc pas s'étendre au delà des murs d'enceinte des asiles ; et comme les affections qui exigent le plus habituellement l'internement sont celles de la sphère intellectuelle, M. Déjerine en conclut que seules les maladies qui impliquent un désordre de l'intelligence appartiennent en propre à la psychiatrie.

Quant aux affections de la sphère sentimentale, elles constituent une sorte de fief intangible, faisant partie du domaine de la neurologie.

L'irrationalisme d'une nosologie aussi arbitraire, pour me servir de l'expression de M. Gilbert Ballet, saute aux yeux. Et si mon très éminent et très cher ami, le professeur Déjerine s'en est constitué le défenseur, c'est peut-être qu'il ne s'est pas suffisamment affranchi des préjugés intellectualistes qui dominent toujours la psychologie.

Il faut, en effet, renoncer désormais à considérer l'intelligence comme le pivot de notre vie mentale. « Ce sont les influences affectives, comme l'a dit, il y a longtemps, M. Ribot, qui tiennent la première place dans la vie psychique ; la connaissance apparaît non comme la maîtresse, mais comme la servante. » Or, ce qui est vrai en psychologie normale, ne l'est pas moins en psychologie pathologique.

Sans doute, il existe des maladies constituées uniquement par le désordre des éléments affectifs, désordre auquel la raison assiste sans y prendre part, en simple spectatrice, mais ces maladies ne sont-elles pas aussi psychiques ou aussi mentales que celles ou la raison intervient? Est-ce que les sentiments, les éléments affectifs ne font pas partie de la ψυχή, de l'âme humaine, au même titre que les éléments intellectuels. Sans doute aussi, ces deux ordres d'éléments sont hétérogènes et irréductibles entre eux, mais il n'empêche qu'ils s'influencent réciproquement et réagissent constamment l'un sur l'autre. Il y a donc partie liée entre les affections du θυμος ou *thymopsychoses* et les maladies du νους ou *noopsychoses*, et cela est si vrai que, suivant le moment où on les observe, il est tels malades qui peuvent être l'objet d'un classement différent et considérés comme atteints, tantôt d'une psychopathie simplement affective, tantôt d'une psychopathie franchement intellectuelle.

Toute la théorie des délires systématisés secondaires, post-maniaques, post-mélancoliques, etc., ne repose-t-elle pas sur cette notion de la transformation d'une psychose primitivement affective en une psychose intellectuelle ? Est-ce que tous les jours nous n'observons pas le passage d'un état de mélancolie avec conscience ou affective (affection qui, pour le dire en passant, ne se distingue guère de la neurasthénie), en un état de mélancolie délirante? Est-il donc admissible, dans ces conditions, que l'on isole, pour les attribuer à deux sciences distinctes, les maladies de la sphère sentimentale d'une part, les maladies de la sphère intellectuelle de l'autre? Où est la cloison étanche qui les sépare?

Mais j'irai encore plus loin. On peut soutenir qu'il n'est pas une seule affection mentale, jusque et y compris la paranoïa, jusque et y compris les délires systhématisés dits primitifs, qui ne reconnaisse pour cause pathogène une perturbation de la vie affective et dont l'évolution ne soit subordonnée presqu'entièrement à cette perturbation.

S'il en est réellement ainsi, M. Déjerine ne se rend-il pas compte que soustraire les maladies affectives à la psychiatrie, ce serait purement et simplement décréter l'annexion de la psychiatrie à la neurologie?

C'est enfin un danger purement chimérique que redoute M. Déjerine, quand il craint, si les psychonévroses faisaient retour à la psychiatrie, de voir appliquer l'épithète de « petits aliénés » aux malades atteints de ces affections. Il est exact que les aliénés se recrutent parmi les psychopathes, mais les psychopathes qui ne deviennent jamais

aliénés sont légion. On ne saurait donc employer indifféremment ces deux termes, encore moins les substituer l'un à l'autre.

Je dépasserais, mes chers collègues, les limites de cette allocution, en insistant plus longtemps. Aussi bien les considérations qui précèdent me semblent suffisantes pour que je sois autorisé à revendiquer avec M. Gilbert Ballet, pour la psychiatrie, l'étude des psychonévroses au même titre que celle des psychoses avec lesquelles elles affectent une parenté non seulement de cause, comme l'admet M. Déjerine, mais de nature. La seule différence qui existe entre ces deux groupes d'affections, qu'un avenir prochain ne tardera pas du reste à fondre ensemble, est une différence quantitative et non qualitative.

Mais, je le répète, la psychiatrie ne réclame pas le monopole des psychonévroses, non plus, du reste, que celui des psychoses: elle fait, au contraire, appel à toutes les bonnes volontés pour s'éclairer dans sa marche en avant. Elle ne repousse aucun concours de quelque côté qu'il vienne, mais parmi ceux qu'elle espère, sur lesquels elle compte, qu'elle appelle de tous ses vœux, il n'en est aucun, auquel elle attache plus de prix, qu'à celui de la neurologie.

Messieurs et chers Collègues,

Je m'excuse d'avoir retenu aussi long temps votre attention et je prie, en terminant, M. le Professeur Déjerine, qui sera, je l'espère, au milieu de nous dans quelques instants, de vouloir bien trouver, sous les critiques que je viens d'adresser à sa conception des psychonévroses, l'expression de l'admiration mêlée de respect, que nous inspirent à tous, ses remarquables travaux sur l'anatomie normale et pathologique du système nerveux.

Autosérothérapie de l'Hydrocèle

Par le Dr F. de MARTIGNY
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Montréal

L'autosérothérapie des pleurésies non purulentes est une question encore à l'étude. C'est Gilbert, de Genève, qui fit sur ce sujet la première communication au Congrès de Rome, en 1894. A la suite de cette communication, plusieurs médecins expérimentèrent la nouvelle méthode. Elle eut d'abord un peu partout des défenseurs enthousiastes, puis des médecins se montrèrent moins empressés. La question ne semble pas encore sortie du domaine de la discussion.

C'est à la suite de lecture d'articles sur cette thérapeutique nouvelle de la pleurésie que j'en suis venu à la conclusion que l'on pourait tenter de traiter les hydrocèles simples par l'autosérothérapie.

Voici la technique que j'emploie :

Asepsie de la peau des bourses et d'une partie de la peau du ventre. Analgésie de la peau à l'aide de l'éther. Aspiration du liquide avec une seringue en verre de 20 centimètres cubes, munie d'une aiguille hypodermique ordinaire, puis injection dans le tissu adipeux de la paroi abdominale de 20, 40 ou 60 centimètres cubes du liquide que l'on vient de retirer. Ces injections sous-cutanées n'offrent aucun inconvénient. En effet, dans le traitement du cancer, Petry, Neuberg, Blumenthal conseillent des injections sous-cutanées de liquide d'hydrocèle à dose de 20 à 60 centimètres cubes.

On peut aspirer tout le liquide ou en laisser dans les bourses une certaine quantité. On applique ensuite le suspensoir de toile après avoir recouvert le scrotum d'une épaisse couche d'onate. Il faut mettre assez de ouate pour produire une bonne compression. On laisse le pansement en place une semaine et on le remplace alors par un suspensoir ordinaire. Il n'est pas nécessaire de prescrire au malade de garder le repos. Ce dernier peut vaquer à ses occupations comme à l'ordinaire. Si le liquide se reproduit l'on doit, après un ou deux mois, faire une nouvelle aspiration suivie d'une nouvelle injection dans le tissu adipeux de la paroi abdominale, de 60 centimètres cubes au moins.

Si l'analgésie de la peau est bien faite, cette petite opération n'est pas douloureuse, ni dangereuse, si l'on prend soin surtout de bien aseptiser l'aiguille de la seringue. Le seul danger c'est de blesser le testicule, mais on l'évite facilement en le localisant et en faisant pénétrer l'aiguille loin de lui. Le seul inconvénient qui peut résulter de la piqûre du testicule, c'est outre la douleur, la production d'une légère orchite traumatique.

J'ai employé pour la première fois cette nouvelle méthode de cure radicale de l'hydrocèle en septembre 1910; depuis, j'ai eu l'occasion de l'employer trois fois avec succès. Dans un seul cas le liquide s'est reproduit; un mois après ma première aspiration, j'ai dû en faire une seconde et j'ai injecté cette seconde fois plus de 75 centimètres cubes de liquide. Il y a trois mois et demi de cela et le liquide ne s'étant pas reproduit, j'en conclus que ce malade est guéri.

Je ne suis pas encore en possession d'un assez grand nombre d'observations pour me permettre de conclure que l'autosérothéraphie de l'hydrocèle est l'opération de choix, la seule que l'on doive faire dans la cure radicale de l'hydrocèle ; néanmoins, comme cette méthode est simple, indolore, sans danger, je crois que l'on devrait l'employer dans chaque cas avant de tenter une opération plus sérieuse, soit la résection de la vaginale, soit l'éversement de cette dernière, soit l'aspiration suivie de l'injection d'un liquide modificateur.

Si je me permets d'attirer, pour un moment, l'attention des membres du corps médical sur ce point de thérapeutique nouvelle, c'est que je serais heureux de voir quelques-uns de nos confrères l'essayer et nous communiquer le fruit de leurs observations et ainsi de savoir si leur expérience infirme ou confirme ma propre expérience.

NOS COLLABORATEURS

Nos colonnes sont ouvertes à tous et nous publions les articles et notes pratiques d'un caractère original et pouvant intéresser les praticiens que nous envoient nos lecteurs, abonnés ou non.

Nous cherchons ainsi à recueillir des faits cliniques observés tant en France qu'à l'étranger et qu'il importe souvent de mettre en lumière.

L'Aliénation mentale cause de Divorce [1]

(SUITE DE NOTRE ENQUÊTE)

LVI

M. le Docteur Jules Félix, professeur à l'Université nouvelle de Bruxelles, nous adresse la réponse suivante :

16 *juin* 1911.

Monsieur le Directeur de la *Gazette médicale de Paris* et très honoré confrère,

La question sur « la *Folie cause de divorce* » pour laquelle votre journal fait une enquête des plus intéressantes, me parait de par elle-même avoir une solution aussi simple que logique. Je partage entièrement l'avis de mes savants confrères les Drs Mme Edwards Pillet, Marie, Foveau de Courmelles et Adan.

La folie est une maladie curable, comme toutes les maladies aigues et chroniques; mais si toutes les maladies sont curables, il ne s'ensuit pas que tous les malades en guérissent, malgré les progrès de la médecine thérapeutique. Il est même prouvé à l'évidence, que des cas désespérés guérissent parfois au grand étonnement des médecins et que des cas bénins ne guérissent jamais. Il est de toute impossibilité à la science ou à l'expérience pratique d'établir à ce sujet la moindre certitude, ni la moindre présomption.

Pourquoi donc faire une exception, à propos des causes de divorce, pour la folie, plutôt que pour toute autre maladie : tuberculose, rachitisme, rage, syphilis, affection cardiaque, néphrite, diabète, etc., etc.

La démence est la plus triste et la plus malheureuse des maladies qui soit au monde, tant au point de vue individuel que familial et social. C'est un mal qu'il importe de soigner avec la plus grande humanité et le plus grand dévouement.

Ce n'est point le divorce qui remédiera aux misères qu'entraîne la folie, ni qui en atténuera les conséquences ni la gravité.

Bien à vous. Dr Jules Félix,
Professeur à l'Université Nouvelle.

LVII

Nous recevons de M. le Dr J. A. Rivière l'opinion suivante :

Paris, 30 *juin* 1911.

Mon cher confrère et ami,

L'opinion que vous me demandez sur l' « Aliénation mentale et le Divorce » sera brève; j'en fais une question de principe.

La localisation de la maladie ne peut, en aucune façon, dégager un conjoint de ses obligations *morales*. Il y a là une question de *conscience* qui relève de la notion supérieure du devoir et à laquelle il ne devrait être permis à personne de se soustraire.

Je vous prie d'agréer, mon cher confrère et ami, l'expression de mes sentiments les meilleurs et bien dévoués.

Dr J.-A. Rivière.

LVIII

M. Gimeno Biera, médecin de l'asile provincial à Zavagora (Espagne) nous fait tenir une correspondance au cours de laquelle il exprime les opinions suivantes :

Je suis, dit-il, peu préparé à émettre une

(1) Voir le numéro du 1er mars de la *Gazette médicale de Paris* contenant la Proposition de loi de M. Maurice Viollette, député, ainsi que les numéros suivants concernant le début de notre enquête et les réponses reçues.

opinion sur ce sujet, vu que le divorce n'existe pas pratiquement en Espagne; partant les aliénistes espagnols n'ont pas eu à s'occuper de cette question dans ses rapports avec les malades mentaux.

Toutefois...

Le divorce doit être établi dans les cas de maladie mentale reconnue incurable par un tribunal médical, après observation prolongée du sujet et basé sur une décision judiciaire s'appuyant sur tous moyens de preuve dont dispose la science et tous les motifs de caractère moral et social capables d'asseoir un jugement fortement motivé.

Le droit au divorce ne saurait être reconnu que quand l'aliéné se trouve interné d'une manière définitive et qu'a été formé un conseil de famille chargé de la tutelle — tutelle qui doit incomber à l'Etat, aux Communes ou à des Patronnages institués *ad hoc* toutes les fois que cela sera indispensable.

Pour que le divorce puisse être prononcé il doit falloir en outre — dit l'auteur. — qu'une enquête ait été ouverte sur la conduite du conjoint en liberté, enquête établissant que ledit conjoint a soigné l'aliéné avec dévouement et qu'il a fait ce qu'il a pu pour amener la guérison; que sa conduite, par surcroît, a été exempte de reproche dans les premiers temps de l'internement du malade.

Les enfants resteront à la charge du conjoint sain quand ses moyens lui permettront de les garder et quand il s'agira d'un mâle. Si c'est une femme, les enfants auront à requérir l'adoption de mesures spéciales d'assistance.

LIX

M. Emmanuel Lévy, professeur de droit civil à l'Université de Lyon, nous écrit la lettre ci-dessous :

Lyon, 25 juin.

Je ne connais de raison juridique ni pour ni contre le divorce pour cause d'aliénation mentale; c'est question de convenances, de mœurs.

Il importe, en tout cas, que la justice civile statue sur le fait de l'aliénation incurable avant de prononcer son jugement. Quant à la perpétuité du lien conjugal elle sera répartie en droit dans la mesure où elle existe réellement avec un fou si le conjoint divorcé a, conformément à ses moyens et aux besoins du malade, l'obligation de pourvoir à l'entretien et au traitement de celui-ci.

Avec l'assurance de mes sentiments bien cordiaux.

EMMANUEL LÉVY,
Professeur de Droit civil à l'Université de Lyon.

LX

M. le Dr Olof Kinberg, médecin directeur de l'asile d'aliénés de Stockholm et privat docent de psychiatrie et de psychiatrie légale, nous adresse l'importante consultation suivante :

Stockholm, le 18 juin 1911.

A Monsieur le Directeur
de la *Gazette médicale de Paris.*

Ayant reçu la lettre où vous me faites l'honneur de me demander mon avis sur « l'aliénation mentale cause de divorce », j'ai eu quelque hésitation à y répondre. C'est que je prévoyais que tous les hommes de science les plus illustres parmi vos aliénistes et juristes donneraient leur opinion dans cette enquête et partant que moi, étranger inconnu, j'y serais de trop. Ce qui m'a décidé cependant à répondre à votre question, c'est que chez nous, en Suède, il existe déjà, depuis plus de cent ans, des mesures législatives de l'ordre que l'on vous propose d'introduire en France et par suite que nous avons quelque expérience sur les effets pratiques de cette législation. Les prescriptions légales sur l'aliénation mentale cause de divorce sont contenues dans un décret royal où il est dit : « Si l'un des époux est tombé dans une maladie mentale véritable qui selon des preuves certaines a duré continuellement au moins trois années et s'il est certifié par des médecins compétents, qu'il n'y a pas lieu d'espérer que le malade puisse guérir, le tribunal pourra sur la demande de l'époux sain prononcer le divorce. » Outre les deux conditions, durée continue de trois années et incurabilité, il en est dans le décret cité encore une, c'est que la maladie ne doit pas avoir été provoquée ou aggravée par la conduite de l'époux sain.

Quant à l'application pratique des prescriptions du décret il est d'abord à remarquer que le terme « maladie mentale véritable » ne comporte en réalité aucune restriction de la notion maladie mentale, puisque toute maladie mentale est considérée comme « véritable », quels que soient son étiologie, sa forme clinique, son traitement, etc. L'expression curieuse et surannée de « maladie véritable » s'explique par l'âge respectable du décret.

Par les conditions de durée continue de trois années et d'incurabilité sont exclues toutes les formes à marche récidivante ou périodique, où le pronostic de l'attaque isolée de la maladie est bon.

La troisième condition que prescrit le décret, la non-provocation de la maladie par l'époux sain, est sans grande importance en pratique, étant donné que les maladies mentales incurables ne sont pas provoquées par des causes extérieures d'ordre psychologique.

Maintenant, quels sont les effets sociaux et moraux de cette loi. Ont-ils raison ceux qui craignent que les époux sains de sujets atteints de maladies mentales n'attendent avec impatience le jour où la loi leur permettra de se séparer par le divorce de leurs conjoints incommodes? Y-a-t-il vraiment lieu de craindre qu'une telle loi soit un ferment de dissolution pour un grand nombre de mariages où l'un des époux est atteint d'une maladie mentale? L'expérience déjà centenaire de mon pays pourrait tranquilliser les pessimistes peureux. Elle montre que ce qu'ils redoutent de la loi proposée n'arrivera certainement pas, à moins qu'il n'existe une dissemblance énorme entre les opinions morales de votre peuple et celles du nôtre. Cependant, une telle supposition n'est guère admissible, car les peuples les plus cultivés de l'Europe ne peuvent pas tant différer à l'égard de leurs opinions générales sur les institutions sociales et morales.

Or, en Suède, les cas où l'on profite des concessions de la loi pour obtenir le divorce sont extrêmement rares. Les époux sains des malades mentaux continuent à aimer et à soigner leurs malades — malgré la loi. Je ne veux pas vous fatiguer par une statistique de plusieurs années; mais, permettez-moi de vous citer les chiffres d'une seule. En 1908 il y a eu en Suède 506 cas de divorce et parmi eux 12 pour cause d'aliénation mentale. Cela fait 2, 3 pour cent; douze divorces pour 5, 4 millions d'habitants. Le chiffre correspondant pour la France serait environ 80. Ce n'est pas très dangereux, il me semble. Aussi, en considération de ces faits, je ne puis m'empêcher de trouver toutes les raisons soulevées contre la législation proposée par les adversaires du projet de loi quelque peu déclamatoires et guère très sérieuses.

Chez nous, en Suède, on commence à trouver que les conditions de notre loi sur le divorce pour cause d'aliénation mentale sont trop dures, puisqu'elles empêchent le divorce dans plusieurs cas où il est vraiment désirable. Je pense surtout aux cas de maladie mentale à marche intermittente ou récidivante et qui sont souvent une cause de souffrance morale pour l'époux sain beaucoup plus grande que celle provoquée par les cas incurables à marche continue, ceux-ci étant pour la plupart soignés dans les asiles ou maisons de santé. Aussi, à l'occasion d'une discussion tenue à la Société médicale suédoise de Stockholm sur un nouveau projet de loi sur le mariage, j'ai eu occasion de proposer une modification des conditions de divorce pour cause d'aliénation afin de rendre également possible le divorce dans les cas de maladie mentale récidivante ou périodique. Il y a quelques semaines, la Faculté de Médecine d'Upsal a exprimé la même opinion dans un rapport officiel sur les parties du projet de loi sur le mariage qui ont avant tout une portée et un intérêt médicaux. Dans ce rapport, la Faculté critique les prescriptions de la loi actuellement en vigueur et en propose la modification suivante : « Si l'un des époux est atteint d'une maladie mentale qui a duré trois années et s'il est certifié par médecin compétent qu'il n'y aura probablement pas guérison durable, le tribunal pourra sur la demande de l'époux sain prononcer le divorce ».

Cette modification diffère du texte actuel à plusieurs points de vue importants. D'abord on renonce ici à la condition de continuité dans la durée minimum. Puis, on laisse tomber l'exigence d'un certificat d'incurabilité absolue et l'on se contente d'un certificat où n'est attestée que l'improbabilité d'une guérison durable. Enfin, on a tout à fait supprimé la condition stipulant que la maladie ne doit pas avoir été provoquée par la conduite de l'époux sain.

Que le divorce obtenu par un des époux à cause d'une maladie mentale chez l'autre n'enlève pas le devoir d'assistance envers l'époux malade, quand il en a besoin, cela s'entend sans dire.

Si la modification proposée par la Faculté d'Upsal est acceptée, on épargnera bien des souffrances inutiles infligées encore actuellement aux familles des aliénés qui, sans être atteints d'une maladie incurable, ne laissent pas cependant, par leurs oscillations incessantes entre des états de santé relative et des états de maladie manifeste et par les actes de brutalité qui marquent souvent le début des rechutes de leur maladie, de tenir leurs proches dans un éveil continu et plein d'angoisses. Puisse cette espérance se réaliser, car ce n'est pas seulement aux aliénés que l'on doit épargner des souffrances inutiles.

Agréez, Monsieur, les expressions de mes sentiments distingués. Dr OLOF KINBERG,
Médecin-Directeur de l'Asile d'aliénés de Stockholm,
Privat-docent de psychiatrie et de psychiatrie légale.

LXI

M. Jules Cauvière, professeur de droit criminel à l'Institut catholique et ancien procureur de la République, nous fait tenir la réponse suivante :

Paris, 2 juillet 1911.

Monsieur le Directeur,

Le loisir m'a manqué pour répondre plus tôt à votre flatteuse demande.

Vous m'avez fait l'honneur de me consulter sur le point, en ce moment discuté, de savoir si la folie doit être une cause de divorce. Je n'éprouve pas le moindre embarras pour réprouver cette solution. Aucun catholique digne de ce nom ne décidera autrement, car il se mettrait en opposition formelle avec l'Eglise. Non, il n'est pas désirable, il n'est pas admissible que l'institution du divorce, qui est un mal en soi, mal aggravé par la coupable complaisance des magistrats et des gens de loi pour les calculs les plus éhontés de l'adultère, reçoive, à la suite de la proposition de loi Viollette, un nouveau cas d'application.

Aux raisons péremptoires qui ont déjà été données par quelques-uns de vos correspondants, j'ajouterais volontiers l'autorité des précédents tirés de l'antiquité païenne. Les philosophes et les jurisconsultes qui se sont simplement placés au point de vue du droit naturel, ont conclu, comme les chrétiens, au maintien du mariage de l'aliéné.

Ce n'est pas ici le lieu d'examiner si le texte, si souvent cité sous le nom d'Ulpien (1), est vraiment de cet auteur. Quelle qu'en soit la source, il reflète le droit romain classique. Or, il pose en principe que la plus triste des affections morbides mérite un redoublement de soins, et non l'abandon du foyer conjugal, de la part du conjoint resté sain d'esprit. L'empereur byzantin Léon VI semble, au IXe siècle, faire allusion à une tradition si longtemps respectée, quand il prend soin de dire, au début d'une de ses Novelles (2), comme pour s'excuser des innovations qu'il introduit :

« Veterum jurisconsultorum sententiam quæ furorem matrimonium impedire, *jam initum non infirmare constituitur*, neque convellere, neque reprehendere est animus... »

Il est vrai que ce souverain superstitieux et débanché, qui a si peu mérité le nom de *Philosophe*, après avoir rappelé la doctrine orthodoxe, entr'ouvre la porte au divorce pour cause de folie, en rompant le lien conjugal au bout d'un certain temps (3). Mais cette loi, disait Rastignac, au siècle dernier, est demeurée sans exécution. « Ni en Espagne, ni en Italie, ni en France, ni en Angleterre, en un mot nulle part en Europe, la démence d'un des époux n'est regardée comme une cause légitime de divorce. » (4)

Je ne veux pas abuser et m'en tiens là pour aujourd'hui, en vous priant d'agréer, Monsieur le Directeur, l'assurance de ma haute considération.

JULES CAUVIÈRE,

LXII

M. le Docteur Paul Barthélemy veut bien nous adresser les observations suivantes :

26 *juillet* 1911.

Monsieur et honoré Confrère,

De hautes autorités ont déjà discuté dans votre journal le projet de M. Viollette. M. le Docteur Balland, M. le Professeur Georges Ripert ont dit bien mieux que moi ce que je puis en penser. Dans l'exposé d'opinions si variées, je n'ai pourtant pas trouvé quelques réflexions que votre aimable insistance m'engage à vous adresser.

Les problèmes médicaux posés par M. Viollette ne sont peut-être pas toujours insolubles; peut-être, peut-on dire, dans des cas très rares : cet aliéné est incurable, il a perdu la conscience de son moi et de façon complète et de façon définitive. Sur ces points particuliers, il convient de s'incliner devant la compétence des spécialistes et je ne suis pas aliéniste.

Mais la question n'est pas là surtout. Pour la clarté de la discussion, M. Viollette (dont le projet ne dit pas un mot des enfants) aurait bien dû nous dire ce qu'il entend par le mariage. Qu'est-ce que le mariage?....

La logique matérialiste conclut ici pour le divorce, autrement dit pour l'intérêt matériel et immédiat de l'époux sain d'esprit, c'est-à-dire du plus fort. Ici comme ailleurs elle mène à tous les désordres, à toutes les déchéances individuelles et nationales.

La logique spiritualiste répugne à légiférer également pour l'égoïsme et le dévouement; elle s'oppose au projet, sauvegardant ainsi avec la dignité humaine les intérêts supérieurs de l'ordre social et du progrès.

La question relève donc de la sociologie, ou même de la philosophie bien avant que de la psychiatrie.

Recevez, Monsieur et honoré Confrère, l'assurance de ma considération distinguée.

(A suivre) Dr PAUL BARTHÉLEMY

(1) Loi 22 § 7. Dig. *Soluto matrimonio*, 23, 2.
(2) Const. CXII.
(3) Const. CXI, CXII.
(4) *Accord de la révélation et de la raison contre le divorce*, p. 352 (1791, in-8°).

REVUE CLINIQUE

Les désordres cardiaques dus aux corsets orthopédiques, par M. BRÖSAMLEN (de Tübingue).

On sait combien le corset orthopédique a perdu de son crédit, dans la pratique moderne, et cela, surtout, pour la scoliose et toutes les déformations, dites rachitiques, de la colonne vertébrale : le mal de Pott, seul, exige toujours l'immobilisation vertébrale par le corset, mais, en pareil cas, c'est le corset plâtré, appliqué sous l'extension, qui paraît le plus efficace et le mieux indiqué.

Quant aux autres variétés de déformations, à la scoliose, en particulier, l'expérience a montré que la gymnastique musculaire bien entendue est autrement rationnelle et utile que toutes les immobilisations. Les cuirasses orthopédiques ne gardent, en réalité, que des indications rares et c'est, on peut le croire, à l'esprit traditionnel, si puissant en thérapeutique, qu'elles doivent d'être encore souvent appliquées.

Au nombre des inconvénients et des dommages qui peuvent résulter de leur port prolongé, il y a lieu de signaler les désordres cardiaques, sur lesquels M. le docteur O. Brösamlen, assistant de M. le professeur O. Müller, directeur de la polyclinique médicale de Tübingue, appelait tout récemment l'attention. Les accidents de ce genre sont de notion classique chez les gibbeux ; mais on n'avait pas encore eu l'idée de les attribuer, dans certains cas, à l'appareil. Or, les sujets que notre confrère a pu observer étaient tous jeunes, leur âge moyen étant inférieur à vingt ans ; ils ne portaient que des déformations rachidiennes peu accusées, des cyphoses et des scolioses relativement légères ; on ne saurait donc rapporter à l'incurvation vertébrale les lésions cardiaques, d'après M. Brösamlen. Ces lésions sont présentées par l'hypertrophie, et, plus tard, par la dilatation du ventricule droit ; elles se traduisent par des palpitations et de la dyspnée progressive. Elles s'accroissent de plus en plus, à mesure que se prolonge le port de l'appareil.

Notre confrère a étudié, sous ce rapport, 25 sujets ; 17 avaient été examinés avant l'application du corset et l'ont été un, deux, trois ans après : 12 présentaient les accidents et les lésions ventriculaires droites signalés tout à l'heure, et qui, d'ailleurs, n'avaient paru qu'au bout de deux ou trois ans « de corset » ; chez 2 autres, les lésions étaient fort minimes et douteuses et, d'ailleurs, le corset n'était porté que depuis un an ; enfin 3 sujets étaient indemnes (un an de corset chez 2 d'entre eux, deux ans chez le troisième). L'examen préalable avait manqué chez les 8 autres porteurs du corset ; 3 d'entre eux avaient le cœur droit nettement hypertrophié ; 2 ne présentaient que des modifications cardiaques douteuses, 3 n'avaient rien d'anormal.

Quelle serait l'origine de ces désordres du cœur droit ? La compression générale du thorax et du tronc exercée par le corset rigide et la gêne respiratoire qui en procède. La compression thoracique entrave le jeu des côtes, la compression abdominale, le jeu du diaphragme. Or, c'est la circulation de retour qui subit avant tout le contre-coup de cette respiration insuffisante et l'on s'explique, de la sorte, que le ventricule droit s'hypertrophie et se dilate.

La conclusion pratique à en tirer serait, tout d'abord, de restreindre au minimum l'application de ces corsets, et il y a, pour cela, d'autres raisons encore, comme il était rappelé plus haut ; mais, lorsqu'on croit utile d'y recourir, encore conviendrait-il de songer à l'entrave respiratoire qui procède des corsets rigides, continus, thoraco-abdominaux, allant des aisselles aux crêtes iliaques, de laisser libre la paroi abdominale et de permettre au thorax, par certains artifices de l'appareil et l'adjonction de pièces élastiques, de se dilater latéralement, en avant et en haut.

REVUE DE DERMATOLOGIE

Traitement du zona, par M. P. CLAISSE, médecin des hôpitaux (Hôpital de la Pitié).

Une femme de trente ans, de bonne santé habituelle, entre à l'hôpital avec des lésions ulcéreuses de zona occupant l'épaule gauche, surtout au niveau de l'omoplate ; par place, on retrouve la forme des vésicules initiales, mais celles-ci ont été cohérentes et confluentes en d'autres parties, surtout vers l'épine de l'omoplate. A ce niveau la peau a un mauvais aspect ; certaines vésicules, incomplètement vidées, ont une teinte noirâtre, hémorrhagique ; à côté, on voit des ulcérations grisâtres, à suppuration fétide ; la peau saine est rouge, tuméfiée, douloureuse. C'est, en somme, l'aspect assez commun d'un zona de moyenne intensité, et nous ne nous arrêterons pas longtemps à un sujet aussi banal.

Mais, ce qui mérite quelque attention, c'est le traitement de ce zona. On voit sur l'épaule les vestiges d'un pansement à l'acide picrique conseillé à la malade avant son entrée. On a employé ensuite une pommade à l'aristol, mais sans succès : la suppuration devenant même plus abondante, au bout de deux jours, on a changé de méthode et appliqué des compresses imbibées d'une solution de sulfate de cuivre. Dès le lendemain, les lésions ont bon aspect, la suppuration a disparu et, dès lors, la cicatrisation s'effectue vite et bien.

Voilà donc un cas très banal, dans lequel on n'est arrivé à l'effet voulu qu'après un tâtonnement de plusieurs jours, en suivant pourtant des indications classiques, telles que celles du pansement à l'acide picrique et à l'aristol. Ces méthodes sont-elles mauvaises, ou bien ont-elles été employées à contresens ? C'est ce qu'il faut tâcher de préciser. Comment se fait et doit se faire le traitement local du zona ?

Nous devrons, en outre, nous occuper du traitement général. Dans le cas présent, la douleur fut modérée, mais elle est parfois très vive et tenace.

Traitement des lésions cutanées. — Vous avez pu constater l'extrême variété des lésions : c'est d'abord une vésicule remplie de sérosité ; parfois elle se dessèche, une petite croûte se forme et tout s'achève très simplement sans qu'aucun pansement soit nécessaire. Mais ailleurs, le contenu de la vésicule devient trouble, purulent, s'échappe bientôt ; le fond de la petite cavité suppure quelques jours, puis se cicatrise, ou, au contraire, prend une teinte grisâtre ; les bords se creusent, les tissus voisins s'infiltrent, la destruction s'étend à des ponts de substance saine, qui primitivement séparaient deux foyers et ces lésions de suppuration et de nécrose ont parfois une remarquable ténacité. Nous avons observé un cas de zona crural où la tendance gangréneuse se manifesta d'emblée, détruisant de larges éten-

dues de peau à la face interne de la cuisse ; le patient est resté plus de six mois au lit.

Vésicule claire à dessiccation rapide, vésicule suppurée, plaie nécrosée, telles sont les lésions que l'on peut observer. Contre ces lésions variées on ne peut appliquer une méthode thérapeutique unique et vous concevez qu'il soit illogique de puiser au hasard dans les formulaires. Telle formule, qui réussira parfaitement dans un cas, échonera dans un autre, et l'on ne peut dire qu'il y ait un traitement du zona. Il n'est pas plus sensé de traiter tous les cas de zona par l'acide picrique que toute lésion cardiaque par la digitaline. N'insistons pas davantage et voyons quel pansement convient aux diverses variétés.

Si les vésicules sont récemment apparues et parfaitement claires, la lésion est comparable à une brûlure du deuxième degré et on peut tenter d'empêcher l'exfoliation épidermique par l'acide picrique qui réussit si bien dans ce dernier cas. Après nettoyage de la région à l'eau bouillie et au savon, en évitant de rompre les vésicules, on les perce avec une aiguille flambée, on les badigeonne avec une solution d'acide picrique dans l'éther, à saturation (Chauffard) et on les recouvre de gaze aseptique. La guérison est rapide.

Parfois, les vésicules sont déjà suppurées. L'effet de l'acide picrique est alors moins certain ; on peut encore tenter de recoller l'épiderme en lui ajoutant un antiseptique et nous avons obtenu de bons effets avec la solution :

Acide picrique	0 gr. 50
Sulfate de cuivre	0 — 50
Sulfate de zinc	0 — 50
Eau distillée	100 gr.

Si l'épiderme a disparu, supprimons l'acide picrique et employons une solution antiseptique. Vous savez mes préférences pour cette formule d'eau d'Alibour, exhumée par Sabouraud, et qui vient si bien à bout des pyodermites.

Je vous la rappelle :

Sulfate de zinc............	2 grammes
Sulfate de cuivre..........	1 —
Eau camphrée filtrée.......	300 —

On pourrait hésiter à employer ces substances qui produisent sur les muqueuses une sensation si cuisante, mais vous avez pu voir qu'elles sont fort bien tolérées sur les plaies cutanées : d'ailleurs, remarquez que la douleur du zona provient beaucoup moins des lésions superficielles que des altérations des filets nerveux. Sous ce pansement l'aspect des lésions se modifie rapidement, la suppuration disparaît, et au bout de quelques jours on remplace le pansement humide par un pansement sec à l'aristol ou par une pommade telle que :

Aristol.....................	1 gramme
Diadermine..................	40 —

Mais il est des cas où les lésions restent torpides, sans tendance à la cicatrisation, alors même que la suppuration a disparu. On peut alors employer la méthode de R. Petit, le pansement au sérum de cheval chauffé, qui active si remarquablement l'évolution des divers ulcères. On peut encore recourir aux diverses méthodes d'hyperémie locale et en particulier à l'air chaud.

Traitement de la névralgie. — La douleur n'est pas toujours proportionnée à la lésion cutanée. On peut observer des névralgies intenses et rebelles accompagnant des éruptions zostériennes de peu d'importance, et inversement.

Pour calmer cette douleur, il ne faut pas compter sur les divers analgésiques qui pourraient être appliqués sur la zone des vésicules.

C'est en amont qu'il faut la combattre, sur le trajet du rameau nerveux intéressé. Dans le cas, le plus fréquent, de zona intercostal, c'est surtout dans la partie dorsale des espaces qu'il faut agir.

On a préconisé des moyens très nombreux : petits vésicatoires morphinés, pulvérisations de chlorure de méthyle, onction à l'huile de belladone, au salicylate de méthyle ou ses divers succédanés.

Si ces diverses méthodes échouent, on peut employer les injections hypodermiques de salicylate de sonde, telles que les a conseillées Bouchard, à la dose de 5 à 10 centigrammes dans 1 à 2 grammes de sérum artificiel, pratiquées dans la zone douloureuse. On peut, de même façon, employer le formiate de quinine, mieux toléré localement que tons les autres sels de quinine.

Il est indiqué d'adjoindre au traitement local les divers analgésiques : antipyrine, aspirine, pyramidon, aconit. En dernier ressort, employez la morphine, mais n'oubliez pas que c'est par un zona que certains sujets sont entrés dans la morphinomanie. L'association de morphine et scopolamine m'a donné un bon résultat dans un cas particulièrement douloureux.

D'après cette énumération, vous comprenez que certaines névralgies sont extrêmement rebelles et résistent à tous les sédatifs. Cela s'observe même à la suite du zona fébrile, cette maladie infectieuse, cette fièvre zostérienne de Landouzy, dont la détermination locale n'est pourtant qu'accessoire. Mais ces névralgies durables éveillent plutôt l'idée d'une altération toxique (tuberculose, syphilis) ou mécanique (mal de Pott) ; et l'on conçoit qu'en pareil cas il ne suffira pas de traiter une névralgie : il faut s'attaquer à sa cause.

C'est vous dire la nécessité absolue de ne pas se contenter du diagnostic de zona. Le malade doit être examiné attentivement : ses antécédents seront élucidés et les divers appareils passés en revue. Sans un diagnostic précis et complet, le programme thérapeutique peut rester très imparfait.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Traitement mécanique de l'aérophagie par la « pince nasale », par J.-A. Sicard, professeur agrégé, médecin des hôpitaux.

C'est incidemment que nous avons été amené à préconiser ce nouveau traitement. Voici comment.

Nous avons eu l'occasion de soigner un malade atteint de névralgie nasale trigemellaire dont la crise paroxystique survenait lors du passage d'air frais dans les fosses nasales. (Cet algique s'était condamné à vivre renfermé dans une atmosphère de plus de 20°.)

Pour obvier à cette cause d'incitation douloureuse, nous fîmes faire par la maison Simal, une petite pince nasale à fine tige coulissée, supportant deux mors légers et caoutchoutés s'élargissant à volonté, emprisonnant les narines et avec pression doucement graduée.

Or, ce malade retira de ce traitement mécanique un double avantage : Les crises nasales cédèrent et les troubles aérophagiques dont il était atteint depuis plusieurs mois et qui avaient nécessité des thérapeutiques spéciales disparurent rapidement. Les mêmes résultats heureux furent obtenus chez d'autres aérophagiques.

Le mécanisme pathogénique de cette sédation aérophagique est facile à comprendre. Chacun peut faire l'expérience suivante : Il suffit, après pincement digital des narines, d'essayer de déglutir. Chez le plus grand nombre de sujets, toute tentative de déglutition échouera dans ces conditions. L'occlusion nasale aura rompu l'équilibre harmonique des pressions, lors de la déglutition et aura provoqué des douleurs auriculaires qui rappelleront à l'ordre le tiqueur aérophagique. On sait en effet que l'acte de la déglutition s'accompagne de l'ouverture de la trompe d'Eustache. Le phénomène est dû à la contraction du péristaphylin externe. La compression subie par l'air dans le pharynx, lors de la déglutition, se propage jusque dans l'oreille moyenne et fait bomber la membrane du tympan à l'extérieur. Quand le pharynx revient à la position de repos il appelle l'air des cavités qui l'entourent. Mais, comme la bouche à ce moment n'est pas encore ouverte, cette aspiration, entravée par l'occlusion nasale, s'exercer sur l'oreille moyenne provoquant une réaction douloureuse.

Ce traitement mécanique de l'aérophagie par la pince nasale prend place à côté de ceux préconisés par Bouveret, Mathieu, J.-C. Roux (emploi du bouchon inter-dentaire), ou par Leven (emploi d'une cravate ou d'un ruban serré au niveau de la pomme d'Adam). Comme ses devanciers il servira utilement à la rééducation du tiqueur, « la condition la meilleure, d'après M. Mathieu, pour que le malade guérisse de l'aérophagie étant tout d'abord qu'il en connaisse l'existence et se rende compte de ce qui se passe réellement ».

Les accidents de la sérothérapie antiméningococcique, par le Dr Maurice Dubosc (Thèse, Paris, 1911, Steinbeil).

La sérothérapie antiméningococcique constitue le traitement rationnel de la méningite cérébro-spinale. Dans quelques cas, ce traitement amène l'éclosion d'accidents graves et même mortels d'anaphylaxie, étudiés depuis quelques années.

Les accidents de la sérothérapie antiméningococcique sont de trois ordres :

1) Accidents *sériques* d'ordre banal.

2) Accidents *mécaniques* de ponction et d'injection (douleurs par piqûre d'une racine nerveuse et par distension des méninges enflammées).

3) Accidents *irritatifs* de réaction méningée aseptique.

4) Accidents *toxiques* d'anaphylaxie.

1) *Accidents sériques d'ordre banal.* — Ici rien de spécial. Ce sont les accidents observés couramment 8 à 10 jours après l'injection de sérum antidiphtérique, durant 2 à 3 jours (éruption, arthralgie, albuminurie).

2) *Accidents mécaniques.* — La distension de la cavité par l'introduction du liquide et la traction exercée sur les racines enflammées occasionnent des douleurs plus ou moins vives, qui sont calmées, soit par le retrait de l'aiguille, soit par soustraction d'une certaine quantité de liquide, soit par la position en flexion des membres inférieurs.

3) *Accidents irritatifs de réaction méningée aseptique.* — Il s'agit des malades en voie de traitement chez lesquels les symptômes méningés s'améliorent pendant que les examens bactériologiques dénotent la disparition progressive des méningocoques. Tout semble en bonne voie lorsque réapparaissent les symptômes méningés, que l'on ait ou non cessé le traitement. En présence de ces symptômes, on continue, on suspend le traitement, et les symptômes s'exagèrent 5 à 6 heures après l'injection.

L'examen bactériologique donne : absence de méningocoques, polynucléaires non altérés, globules rouges.

La guérison est la règle.

4) *Accidents toxiques d'anaphylaxie.* — Tout a d'abord marché à souhait. Evolution clinique et résultats du laboratoire dénotent une amélioration progressive.

Du 8e au 10e jour après la première injection apparaissent des accidents : érythèmes, arthralgie, puis *troubles respiratoires*.

Brusquement le tableau de la méningite reparaît au grand complet. Une ponction montre

que le liquide ne s'est pas modifié, il n'y a pas de méningocoques.

Si l'on ne tient pas compte de cet examen de laboratoire et qu'on injecte à nouveau, l'anaphylaxie éclate : *à peine le liquide a-t-il pénétré dans la cavité sous-arachnoïdienne, à peine l'aiguille a-t-elle été enlevée*, que le tronc, la nuque et les membres se contractent en hyperextension. En même temps apparaissent trois ordres de symptômes.

Modifications du pouls (accélération, petitesse, irrégularité...).

Modifications de la respiration (ampleur, parfois stertor, cheynestokes...).

Coma (constituant avec les modifications du pouls et de la respiration le syndrome bulbaire de l'anaphylaxie.

L'évolution se fait soit vers la guérison, soit vers la mort.

D'après les faits rapportés, l'importance d'un diagnostic exact est capitale, une erreur pouvant entraîner la mort. Tout repose sur l'examen bactériologique.

Une reprise de méningite s'accompagne de réapparition de méningocoques et de polynucléaires altérés.

La méningite sérique et *l'anaphylaxie* donneront le même résultat, c'est-à-dire l'absence des méningocoques et des éléments cellulaires non altérés. C'est à la clinique de prononcer entre les deux.

Les modifications du pouls et de la respiration, l'état comateux relèvent de l'*anaphylaxie*.

L'ascension thermique, la céphalée, les contractions, les douleurs irradiées se rattachent plutôt à la *méningite sérique*.

La notion d'injections antérieures de sérum antidiphtérique ou autre ayant déterminé ou non des accidents bénins, l'apparition de ces accidents après une première injection de sérum antiméningococcique sont des signes de présomption en faveur de l'anaphylaxie.

Les accidents sont souvent éloignés de l'injection dans l'anaphylaxie, rapprochés dans la méningite sérique.

Enfin, les accidents sont d'une brusquerie foudroyante si on renouvelle l'injection dans le cas d'anaphylaxie. Ils sont éloignés (3, 4 heures) dans la méningite sérique.

N'oublions pas qu'il est des cas extrêmement difficiles à classer et que l'on peut rencontrer des formes mixtes dans lesquelles la méningite infectieuse peut s'associer aux phénomènes d'anaphylaxie. On comprend l'anxiété du médecin placé en face de cas de ce genre.

Le plus souvent, heureusement, la question ne se pose pas, et le traitement peut intervenir efficacement.

Traitements :

Trois points sont à envisager :

I. *Les accidents bénins* justiciables du chlorure de calcium (1 gr. à 3 gr. dans une potion de Todd), la veille de l'injection et les deux jours suivants (le lactate ou le citrate de calcium sont mieux tolérés d'après Tessier, de Lyon).

II. La méningite sérique comporte l'arrêt du traitement sérothérapique, sauf si l'examen bactériologique donnait une indication contraire.

III. Les accidents anaphylactiques déclarés sont de la plus haute gravité. Aussi faut-il s'efforcer de les prévoir. Le traitement prophylactique s'impose en particulier :

1) Chez les sujets antérieurement injectés avec un sérum quelconque.

2) Chez les sujets qui, au cours du traitement, ont présenté des phénomènes de sensibilisation (érythème, arthralgie...).

3) Chez ceux pour lesquels la cause de la reprise des accidents n'aura pu être précisée.

4) Chez les tuberculeux, les asthmatiques, les urticariens.

Pour arrêter les accidents :

On modifie le sérum en le chauffant à 56° pendant quelques jours. Les sérums français subissent cette préparation.

On agit sur le malade.

Dans ce but, on conseille « d'injecter de fortes doses (20, 50 cc.) par 24 heures, doses qui pourront être élevées à 80, 100 cc. en deux injections pratiquées à 12 heures d'intervalle dans les cas graves d'emblée. »

Au 4e ou 5e jour, on se guidera sur l'examen bactériologique (examen direct et cultures) pour cesser ou continuer les injections.

Si les injections doivent être reprises, Besredka conseille les procédés antianaphylactiques suivants :

1er *Procédé.* — 2 heures avant la nouvelle injection rachidienne, introduire dans le rectum avec une sonde Nelaton 20 cc. de sérum antiméningococcique: Injection intra-rachidienne 2 heures plus tard, sans tenir compte de la dose de sérum introduite dans le rectum.

2e *Procédé.* — Trois injections sous-cutanées d'un demi-centimètre cube d'heure en heure. La 4e injection sera l'injection sous-arachnoïdienne.

De nouvelles immunisations antianaphylactiques seront pratiquées si l'on doit faire de nouvelles injections.

Le chlorure de calcium sera, en outre, administré aux méningitiques en traitement.

REVUE DE BIOLOGIE

Recherches sur le Choléra.

M. Chonkewitch, de l'Institut Pasteur de Paris, vient de publier dans les *Annales de l'Institut* le résultat de ses recherches sur le choléra au point de vue de l'importance prophylactique des vaccinations. Il a employé pour ses expériences des lapins de 15 à 21 jours n'ayant pas encore pris de nourriture végétale, les seuls animaux susceptibles jusqu'à présent de prendre le choléra par ingestion. Il arrive à cette conclusion que l'immunité obtenue par l'injection sous-cutanée de vaccin est suffisante dans la plupart des cas, pour préserver les lapins en expérience de la septicémie cholérique consécutive aux injections sous-cutanées ou intra-péritonéales de vibrions ; mais cette immunité est insuffisante pour les préserver de l'*intoxication intestinale*, conséquence de la multiplication des vibrions dans l'intestin après l'ingestion par la *voie buccale*. Ces conclusions viennent donc renforcer les objections faites par les adversaires des vaccinations. Les expériences de M. Choukewitch démontrent aussi que dans le choléra le rôle des nitrites est nul.

D'autre part, la théorie des cocci capables d'entraver le développement du vibrion cholérique et de jouer dans l'intestin le rôle de bon microbe, lui a paru en défaut : l'ingestion répétée de vibrions cholériques n'a pas permis de les acclimater dans l'intestin des lapins pour produire une flore abondante capable d'entraver le développement du vibrion cholérique.

Dans une note, M. Metchnikoff confirme les travaux de M. Choukewitch et cherche à démontrer que si les vaccinations anticholériques avec des cultures atténuées ou mortes de vibrion cholérique ont semblé donner des résultats très favorables, il y a lieu de ne pas accepter ces résultats comme définitifs, car ils seraient entachés de certaines erreurs ou omissions ; il a peine à admettre, d'autre part, que ces vaccinations, qui introduisent une *infection*, puissent préserver l'homme de l'*intoxication* produite par le bacille installé dans son intestin.

Action des rayons ultraviolets sur l'hémoglobine.

MM. Achard et Feuillé ont constaté que les rayons ultra-violets transforment l'hémoglobine en méthémoglobine et font disparaître la catalase des liquides renfermant cette matière colorante. Comme ces rayons déterminent dans l'eau la formation de peroxyde d'hydrogène, il se peut que la transformation de l'hémoglobine soit le résultat de cette décomposition.

Les auteurs ont injecté à des chiens du suc musculaire dont la matière colorante avait été ainsi transformée en méthémoglobine. Comme dans leurs précédentes expériences, faites avec la méthémoglobine produite par l'action du ferrocyanure de potassium, c'est de l'hémoglobine qu'ils ont trouvée dans l'urine.

De plus, comme les rayons ultraviolets déterminent dans le suc musculaire une abondante précipitation d'albumine sans beaucoup diminuer sa teneur en matière colorante, ils ont comparé les effets de ce suc après une heure et trois heures d'exposition aux rayons. Or ils ont constaté qu'après trois heures, alors qu'il était dépouillé d'une plus grande quantité d'albumine, le suc musculaire produisait une hémoglobinurie bien moindre et plus tardive qu'après une heure seulement.

Il n'y a donc pas de relation entre la teneur du suc musculaire en matière colorante et l'hémoglobinurie provoquée. Mais il y a sans doute une relation entre la toxicité du liquide injecté et cette hémoglobinurie, ce qui confirme les conclusions précédemment formulées par les auteurs.

(*Soc. de Biologie.*)

L'intervention des plaquettes sanguines dans la coagulation du sang, par M. Bordet.

Divers auteurs, notamment Hayem, Morawitz, Lesourd et Pagniez, ont admis que les plaquettes interviennent activement dans la coagulation. Lesourd et Pagniez ont vu que si l'on sépare les plaquettes des autres cellules du sang et qu'on les ajoute à du plasma oxalaté débarrassé autant que possible de ses propres éléments cellulaires, la coagulation de ce plasma se trouve très accélérée. Ils ont noté que l'addition de plaquettes rend aussi le caillot beaucoup plus rétractile.

Comment les plaquettes interviennent-elles ? Diverses expériences, réalisées en collaboration avec M. Delange, ont montré qu'elles jouent un rôle prépondérant dans la production du principe coagulant, le fibrin-ferment ou thrombine. Les plaquettes étant très légères et ne se sédimentant que grâce à une centrifugation longue et énergique, on peut, en centrifugeant modérément du sang additionné, au sortir de l'artère, de 1 0/00 d'oxalate sodique, obtenir un plasma dépourvu de globules rouges et blancs, mais encore riche en plaquettes. Ce plasma décanté et soumis à une centrifugation, cette fois très énergique, peut être débarrassé, sinon de la totalité, du moins de la grande majorité de ses plaquettes. On peut donc comparer l'un à l'autre deux plasmas identiques, sauf que l'un est riche en plaquettes, tandis que l'autre en est presque dépourvu. Or, conformément aux données de Lesourd et Pagniez, ces deux plasmas, recalcifiés, se coagulent en des temps très différents, le second beaucoup plus lentement que le premier. Mais si l'on recherche la teneur respective en thrombine des sérums issus de ces deux caillots, on trouve que le plasma à plaquette, qui s'est coagulé plus vite, fournit un sérum incomparablement plus riche en thrombine. La teneur en thrombine a été évaluée en milieu décalcifié, par addition de plasma oxalaté.

Quel est le mécanisme de cette production de thrombine aux dépens des plaquettes ? Ces éléments, soigneusement lavés et mis en suspension dans de l'eau physiologique, ne fournis-

sent pas la thrombine par eux-mêmes, qu'ils soient ou non en présence de sels calciques. Mais ils en donnent en abondance et presque instantanément, en présence de sel calcique, dès qu'on les additionne d'une trace de sérum. Chose remarquable, le plasma non encore coagulé (plasma oxalaté que l'on vient de recalcifier) ne se comporte pas comme le sérum. On doit donc admettre que la substance existant dans le sérum, et qui est capable de réagir avec les plaquettes pour donner de la thrombine, n'est pas préformée dans le plasma et que, par conséquent, le premier acte de la coagulation du sang consiste dans la production de cette substance ; dès qu'elle s'est formée, la réaction avec les plaquettes peut s'effectuer, la thrombine apparaît et provoque la coagulation. Telle est la raison du fait découvert, il y a plusieurs années, par Bordet et Gengou, que l'addition d'une trace de sérum à du plasma coagulable contenant des substances issues des plaquettes fait apparaître la thrombine aux dépens des matériaux de ce plasma ; dans ces conditions, la thrombine se produit beaucoup plus rapidement que si le plasma n'avait pas été additionné de sérum.

On peut démontrer aisément qu'il s'établit une union véritable entre les plaquettes et la substance du sérum qui réagit avec elles ; en effet, du sérum qui a déjà réagi avec une quantité suffisante de plaquettes a perdu la propriété de réagir dans la suite avec une nouvelle dose de ces éléments ; en d'autres termes, mis en présence de ceux-ci, il ne donne plus de thrombine. Les suspensions de plaquettes dans la solution physiologique possèdent ce caractère remarquable, que leur pouvoir de donner de la thrombine en présence de sérum résiste au chauffage à 100° pendant un quart d'heure ; cette propriété ne disparaît que par le chauffage à 120°.

Il suffit de quantités extrêmement faibles de plaquettes pour donner de la thrombine en dose fort appréciable ; comme les plasmas oxalatés ne peuvent jamais être débarrassés complètement de ces cellules, on conçoit que, même lorsqu'ils sont très limpides, il s'y produise toujours, après recalcification, une dose (laquelle d'ailleurs est faible) de thrombine ; d'autre part, il faut remarquer que les plaquettes laissent assez facilement se diffuser autour d'elles leurs matériaux actifs ; aussi, quand on veut en purger les plasmas, faut-il opérer aussi vite que possible.

Comme génératrices de thrombine, les plaquettes sont très supérieures aux leucocytes. Des exsudats renfermant du fibrinogène et de nombreux leucocytes ne se coagulent que lentement si on les recueille avec toutes les précautions voulues pour éviter le mélange avec du sang ou du suc de tissus, mais se coagulent vite si on les additionne de plaquettes. Les leucocytes lavés donnent, en présence de sérum, beaucoup moins de thrombine que ne le font les plaquettes.

A ce point de vue, les plaquettes sont comparables au suc de tissu (muscle broyé par exemple) qui, en présence de sérum, donne aussi beaucoup de thrombine, comme Morawitz l'avait constaté. Nous avons observé que les principes du suc de tissu résistent aussi au chauffage à 100°.

On peut, de ces données, déduire que c'est à ses plaquettes que le sang des mammifères doit le pouvoir (que ne possède pas le sang d'oiseau) de se coaguler très rapidement par ses propres moyens, sans l'intervention du contact avec la plaie qui libère du suc de tissus. En d'autres termes, si le sang de mammifère était, comme le sang d'oiseau, dépourvu de plaquettes, il ne se coagulerait par ses propres moyens, comme ce dernier, qu'avec une extrême lenteur. Les plaquettes représentent pour le sang, au point de vue de la coagulation, une sorte de tissu intérieur. A cet égard, l'apparition des plaquettes a donc la signification d'une adaptation permettant à la coagulation de s'effectuer beaucoup plus activement, même si le sang est soustrait au mélange avec les matériaux des tissus. Cela ne veut pas dire que les leucocytes soient dénués de tout pouvoir coagulant : ils suffisent pour une coagulation lente, celle du sang d'oiseau par exemple. Mais la coagulation rapide du sang des mammifères réclame essentiellement le concours des plaquettes.

REVUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

La hernie est un accident du Travail comme les autres.

Contrairement à ce que l'on affirme parfois, la jurisprudence considère parfaitement la hernie comme un accident du travail.

De nombreux arrêts de Cour d'appel et de la Cour de cassation décident, en effet, que la hernie, comme toute autre lésion, doit bénéficier de la loi de 1898, quand il est établi qu'elle a été causée par le travail.

Un arrêt de la Cour suprême, chambre civile du 22 décembre 1909 dit que « toute lésion, dont le travail, même normal, a été la cause ou l'occasion doit être considérée comme résultant d'un accident au sens de l'article premier de la loi du 9 avril 1898. »

Cet arrêt casse une décision de la Cour de Douai ,qui avait refusé une rente au blessé parce que sa hernie avait été la conséquence d'un effort approprié à son travail normal.

La Cour de Montpellier dit qu'il est excessif de poser en principe qu'une hernie doit mériter le qualificatif de hernie de force pour servir de base à la demande d'indemnité.

Et, de même encore, il y a peu de temps, la Cour de Paris rendait un arrêt semblable.

« Affaire Forest contre Rheiss et Auscher. (Ass. l'*Urbaine* et la *Seine*). — Sommaire. — La loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail prévoit expressément, non seulement les accidents directement causés par le travail, mais aussi ceux qui surviennent à l'occasion du travail, ce qui ne permet d'écarter de son application que l'accident qui, à l'égard d'une affection ou d'une infirmité préexistante, a eu un rôle simplement révélateur. Par suite, on ne saurait écarter la demande d'un ouvrier atteint d'une hernie au cours de son travail, par ce seul motif que le travail en a été l'occasion et non la cause. On doit au contraire l'accueillir s'il est démontré qu'il y a eu, au cours du travail : 1° brusquerie et violence de l'effort ; 2° apparition de la hernie avec douleur intense ; 3° nécessité pour la victime d'interrompre immédiatement son travail. »

REVUE D'HYGIÈNE

La conservation des œufs, par M. le Dr Miramond de Laroquette, médecin major de l'armée.

Dans le vieillissement aseptique qui est de beaucoup l'altération la plus fréquente, le fait capital est la déshydratation qui se traduit par une perte de poids moyenne à l'air libre de 10 à 15 centigr. par jour.

C'est un phénomène simplement physique et non une sorte de respiration de l'œuf. Son intensité dépend de l'épaisseur de la coquille, de la température et de l'état hygrométrique de l'air.

Les altérations de l'œuf par putréfaction ou moisissure, relativement rares, 7 à 8 0/0 seulement, sont dues le plus souvent à des germes ayant pénétré à travers la coquille et d'abord fixés sur les membranes. A la ponte, presque toujours, l'intérieur de l'œuf est pratiquement aseptique

Les moyens de conservation des œufs doivent viser surtout la mise à l'abri de l'air et des souillures, empêcher l'évaporation et les infections de cause externe.

Les procédés à sec dans le sable, le blé, le son, en usage dans les campagnes, permettent une conservation de quelques semaines et notamment réduisent de plus de moitié la déshydratation.

Les poudres de talc, de craie, de chaux, seraient préférables à certains points de vue, mais ont des inconvénients pratiques.

La conservation dans les frigorifiques est un bon moyen de conservation industriel qui s'oppose à la fois à la déshydratation et au développement des bactéries sans toutefois donner de garanties absolues.

L'immersion dans la graisse animale ou végétale est un moyen excellent, mais coûteux et peu commode et qui doit être réservé à quelques cas particuliers (il importe de stériliser au préalable la coquille et les enveloppes en plongeant l'œuf une minute dans l'eau bouillante).

L'immersion dans certains liquides aseptiques, non toxiques, est pratiquement le meilleur ; l'eau salée, l'eau boriquée ne conviennent pas ; les solutions mixtes de silicate de soude et de potasse donnent de bons résultats ; mais rien ne paraît supérieur à l'eau de chaux à 8 ou 10 0/0, milieu stérile, non toxique et dans lequel l'œuf conserve son poids et la plupart de ses qualités naturelles un temps presque indéterminé.

CARNET DU PRATICIEN

Eczéma impétigineux et éruptions infantiles

Axonge	30 grammes
Soufre sublimé	2 —
Goudron	8 —
Extrait thébaïque aqueux	0 gr. 10

pour usage externe, en onctions.

Dans les cas rebelles, il est bon d'ajouter :

Huile de genièvre	6 grammes

Dr Evaristo Ansin (de Madrid).

Irritation des gencives chez le nourrisson

Glycérine	15 grammes
Eau	15 —
Bromure de potassium	1 —
Borate de soude	2 —
Teinture de safran	V gouttes

En application sur les gencives plusieurs fois par jour.

Dysphagie des phtisiques

Faire faire au malade quelques inspirations profondes. Introduire l'index gauche sur le bord droit de la langue jusqu'à l'épiglotte, glisser la tige du lance poudre à poire et insuffler dès que le bec arrive au-dessus du rebord épiglottique :

Chlorhydrate de morphine	2 grammes
Sucre de lait	2 —
Gomme arabique en poudre	1 —

Chaque insufflation est faite avec 5 centig. de ce mélange.

Dr Lermoyez.

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 17.500 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 35, rue J.-J. Rousseau

Le Gérant : Docteur Lucien Graux.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Æsculape (Sommaire du numéro de juillet 1911).

Pourquoi j'ai édité le Regime du Corps (12 illustrations), par le Professeur Landouzy. Le premier ouvrage medical écrit en langue française; sa saveur, ses sages préceptes; l'importance des régimes dès le Moyen-Age. — Spiritisme et Métapsychisme (3 illustrations), par Geley. Fin de l'article-reponse au Professeur Grasset sur une question troublante. Beau portrait de James Tissot. — Ingres devant la medecine (6 illustrations), par Verdier. Ingres et les médecins; son dédain de l'anatomie, sa peur des squelettes; son type de beauté féminine (hypothyroïdie et goitre). — J.-J.-Rousseau devant la Médecine contemporaine (8 illustrations), par Libert. Masochisme, exhibitionnisme, éreutophobie.., délire de persécution. — Madame Annie Besant. Une Religion nouvelle (10 illustrations). La vie merveilleuse de Madame Besant; la Théosophie; le jeune Alcyone, son livre, ses progressions successives à travers les âges.

L'Ivresse dans l'Antiquité (5 illustrations), par Félix Régnault. D'après les auteurs, les céramiques, les peintures de Pompei. — Petit voyage au pays des Loufoques (5 illustrations). Les folies du « Cubisme » sont surtout le fait d'exotiques. Certaines œuvres du Salon des Indépendants devant la clinique mentale.

Supplément : Une Sorbonne dernier cri. Les Romanciers et l'Anatomie. Banane et chair humaine. Pauvre Lélian. Le style ecclésiastique. Tolstoï mystique. Le papier en 1911. Ce que nous mangeons. Les enterrés vivants. La dernière lettre du Dr Mesny. Les jeunes écrivains victimes ou privilégiés. L'indécence aux hommes d'accoucher les femmes. Le Régime du corps. Deux gravures d'après l'œuvre de J.-J. Rousseau. Le beurre végétal extrait du coco. Remèdes contre la rage. Diététique : le Pot-au-Feu (Ch. Monselet). La Vierge aux Anges (Cimabué). La dernière autopsie d'André Vésale (Asbert). Comment on doit garder l'enfant quand il est né.

ÉCHOS

Asiles d'aliénés.

M. le Dr Viollet (concours de 1910) est nommé médecin-adjoint à l'asile d'aliénés de Limoux (Aude) (poste créé).

M. le Dr Pasturel, médecin-adjoint à Montdevergues, est nommé à Braqueville.

M. le Dr Froissard, médecin-adjoint à Pierrefeu (Var) est élevé à la deuxième classe.

M. le Dr Hamel, reçu au dernier concours, est nommé médecin-adjoint de l'asile de Saint-Ylic.

M. le Dr Charpenel, médecin-adjoint à Saint-Ylic, est nommé à l'asile de Montdevergues.

Société d'Hygiène de l'enfance.

La Société d'hygiène de l'enfance met au concours la question suivante pour **1911** : « les Cantines scolaires, leur utilité, que doivent-elles être? »

Les manuscrits sont reçus jusqu'au 31 décembre **1911.** Passé cette date, aucun mémoire ne sera admis. Ils devront être inédits et écrits en français, allemand, anglais, italien ou espagnol. Ils ne seront pas signés, mais porteront en tête une devise ou épigraphe reproduite sur enveloppe cachetée, contenant le nom et l'adresse de l'auteur. Tout auteur qui se fera connaître sera exclu du concours.

Les mémoires ne sont pas rendus : même non primés, ils deviennent la propriété de la société et ne peuvent être publiés par leurs auteurs. La société se réserve de tirer des meilleurs travaux la matière d'une brochure de propagande et d'enseignement.

Les prix seront décernés en 1912, dans la séance publique annuelle. Ils consistent en médailles d'or, de vermeil, d'argent, de bronze, et en mentions honorables.

Adresser les mémoires, avant le **31 décembre 1911,** au président de la Société d'hygiène de l'enfance, **10,** rue Saint-Antoine, Paris (IVe).

VIe Congrès belge de Neurologie et de Psychiatrie.

Ce Congrès aura lieu à Bruges le 30 septembre et le **1er octobre 1911.**

Bureau du Congrès. Présidents : Dr Crocq, président de la Société de Neurologie; Dr Deroubaix, président de la Société de médecine mentale. — Vice-présidents : Prof. Brachet, vice-président de la Société de Neurologie; Dr Beesau, vice-président de la Société de médecine mentale; — Secrétaires : Dr d'Hollander, secrétaire de la Société de Médecine mentale; Dr Boulenger, secrétaire de la Société de Neurologie; Dr Thooris (de Bruges).

Questions mises à l'ordre du jour : I. Anatomie : Prof. Brachet (de Bruxelles). La signification morphologique des grands organes des sens de la tête.

II. Psychiatrie : **Dr Geerts** (de Bruxelles). Les états anxieux.

III. Psychologie : Drs Ley et Menzerath (de Bruxelles). L'étude expérimentale des associations d'idées dans les maladies mentales.

Indépendamment des questions mises à l'ordre du jour, les adhérents peuvent faire des communications diverses sur un sujet quelconque de neurologie ou de psychiatrie.

Les personnes de toutes nationalités s'intéressant aux sciences neurologiques ou psychiatriques peuvent se faire inscrire comme membres adhérents et faire des communications: la seule condition est l'usage d'une des deux langues en usage en Belgique : le français ou le flamand.

Distractions : Visite des musées des asiles; excursion à Ostende.

La cotisation est fixée à 10 francs. Adresser les adhésions à M. le Dr d'Hollander, médecin à l'asile des aliénés de Mons.

Voleur de radium.

Un tube de radium volé à l'hôpital central de Birmingham a été retrouvé chez un malade qui était venu à la consultation et qui l'avait dérobé pour se soigner tout seul.

Le résultat de ce larcin sera la perte du nez du malade imprudent et malhonnête.

Appel Aux Jeunes Confrères.

« Le Devoir médical », œuvre de solidarité contraternelle et mutuelle, reçoit après examen médical, sans distinction de sexe ou de nationalité, tout médecin, âgé de moins de soixante ans révolus et résidant en France, en Algérie ou en Tunisie, qu'il fasse ou non partie d'associations similaires.

Par son organisation quasi inédite, cette société exclusivement médicale offre des conditions que ne peuvent présenter les Compagnies d'assurances.

L'égalité des avantages et la relativité des charges étant aussi absolues que possible entre tous les membres, il est évident qu'il n'y a aucun inconvénient et qu'il y a, au contraire, un gros intérêt à entrer jeune au « Devoir médical », car la mort frappe indistinctement jeunes et vieux.

Les femmes et veuves de médecins sont admises au même titre que les autres membres.

Les avantages concédés sont les suivants :

Capital de 10.000 francs payable au sociétaire luimême s'il atteint l'âge de soixante-dix ans après vingt-cinq années de cotisations; le même capital est payable à ses ayants droit en cas de décès prématuré.

Ces avantages sont obtenus par le versement d'une cotisation moyenne annuelle de 125 francs si l'assuré entrant n'a pas plus de vingt-six ans au jour de son entrée, 215 francs s'il a quarante ans, 485 francs s'il a soixante ans révolus, le tout payable par versements morcelés à chaque décès, soit 5 francs, 10 francs et 22 francs pour les trois exemples-types ci-dessus.

Nous ne saurions trop engager nos confrères, surtout les jeunes, et leurs femmes à entrer au « Devoir médical » qui, fondé en 1904, a fait depuis longtemps ses preuves et a payé jusqu'ici de nombreux décès.

Pour tous renseignements et demande de statuts, s'adresser au docteur Peytoureau, secrétaire général, 14, cours de Tourny, à Bordeaux.

L'Hygiène chez les ouvriers des mines anglaises.

Le Comité de la Chambre des communes vient de décider que l'obligation de prendre un bain au sortir de la mine ne serait pas insérée dans la loi des mines. On y insérera seulement une clause qui laissera la liberté aux mineurs de se baigner après leur journée de travail. En conséquence, ceux-ci ne seront plus tenus, à l'avenir, à souscrire pour l'entretien de la piscine.

Au cours du débat, le député gallois Richards a déclaré que les mineurs de sa localité s'étaient prononcés unanimement en faveur de la baignade obligatoire.

Le député Jones dit que les femmes des mineurs de sa région étaient si contentes du système des bains qu'elles avaient célébré cette innovation par des soirées dites de bains. « A la vérité, ajoute le député, on ne venait pas à ces soirées pour s'y baigner, mais pour admirer les installations faites dans les logements ouvriers par les propriétaires. »

Enfin, dit-il, les mineurs du Nord se baignent beaucoup plus que ceux de certaines régions : même le vieux diction qui dit que « les bains affaiblissent les reins » tend à disparaître dans l'esprit populaire.

M. Atherley Jones dit que quantité de logements d'ouvriers sont supérieurs à beaucoup d'appartements sous le rapport de l'hygiène.

Bureaux d'hygiène.

La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte à Constantine (Algérie), dans les conditions déterminées par l'arrêté municipal du 30 janvier 1911.

Traitement fixe : 3.600 francs par an, sans indemnité d'aucune sorte.

Les candidats ont un délai expirant le 29 août 1911 pour adresser au gouverneur général de l'Algérie leurs demandes accompagnées de tous titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures.

Cette candidature s'applique exclusivement au poste envisagé.

A la demande doit être jointe une copie certifiée conforme des diplômes obtenus ; l'exposé des titres doit être aussi détaillé que possible et accompagné d'un exemplaire des ouvrages ou articles publiés.

Les candidats peuvent, en outre, demander à être entendus par la commission du conseil supérieur d'hygiène.

Contre le choléra

La Commission permanente du Conseil supérieur d'hygiène vient de tenir au ministère de l'Intérieur une nouvelle réunion sous la presidence de M. Roux, directeur de l'Institut Pasteur.

Au cours de cette réunion, M. Mirman a mis la Commission au courant de la situation sanitaire en ce qui concerne le choléra en France et à l'étranger. Il a indiqué les quelques cas isolés qui se sont produits dans les départements des Bouches-du-Rhône et de l'Hérault et les mesures très énergiques de désinfection et d'isolement qui avaient été prises, mesures destinées et qui ont réussi à empêcher la constitution d'un foyer épidémique, exception faite de l'asile d'aliénés de Marseille. Dans cet établissement, un foyer existe, mais dans des conditions les plus propres heureusement à prévenir la dissémination du mal puisque l'isolement se trouve réalisé de lui-même dans des conditions qu'il est particulièrement aisé de rendre absolues.

MM. les Drs Salimbeni, de l'Institut Pasteur et Doppter, médecins militaires, mis par le président du Conseil à la disposition du préfet des Bouches-du-Rhône, ont reçu une délégation spéciale en vue de préciser toutes mesures complémentaires qui leur paraîtraient utiles pour empêcher le mal de se répandre à l'extérieur de l'asile et pour l'y éteindre dans le plus bref délai.

M. Mirman a insisté nettement sur ce fait que, en dehors des quelques cas isolés qui se sont produits dans les Bouches-du-Rhône et l'Hérault, aucun cas de choléra ne s'est produit en France, contrairement aux informations qui ont été récemment publiées par divers journaux. Ceux-ci, sous la rubrique « Le choléra en France », ont signalé de divers côtés des cas suspects qui tous, sans aucune exception, ont été reconnus bactériologiquement pour des cas n'ayant aucun rapport avec le choléra.

Il ne faut pas oublier que M. le président du Conseil a donné dans tous les départements des instructions précises pour que tout cas de diarrhée dite cholériforme soit examiné, analysé et traité comme cas suspect. Cette mesure, nécessaire pour discerner le premier cas de choléra qui peut se manifester dans une région et peut permettre d'éteindre cette étincelle, a pour conséquence de mettre en mouvement les autorités sanitaires dans un grand nombre de circonstances, car de tels cas dits cholériformes sont nombreux tous les ans à cette époque ; mais il serait extrêmement fâcheux que de cette vigilance salutaire on conclut à l'existence du choléra en France, en dehors des cas très rares et isolés qui se sont produits exclusivement dans les deux départements sus-visés.

MM. les Drs J. Renault et Faivre ont lu à la Commission le rapport présenté par eux à M. le président du Conseil au sujet de l'inspection sanitaire qu'ils ont faite il y a quelques jours à Marseille et dans l'Hérault. A la suite de cette communication et de l'avis émis par la Commission, des instructions ont été arrêtées par M. Malvy, sous-secrétaire d'Etat, pour préciser et fortifier encore sur des points de détail les mesures prévues par les autorités locales.

La Commission a, en outre, unanimement approuvé les décisions arrêtées prises avant sa réunion par le ministre de l'Intérieur; elle a émis le vœu que par tous les moyens possibles de publicité soit rappelée au public, l'utilité, dans toute ville où ces cholérines estivales font des victimes, de faire bouillir l'eau d'alimentation, de ne manger des légumes que cuits et de prendre toutes précautions d'hygiène individuelle.

Service de nuit

Un service médical d'urgence est en voie de formation à Toulouse, grâce à la sollicitude de la municipalité, qui vient de prier le Syndicat des médecins de Toulouse de lui fournir une liste de médecins.

La visite sera payée cinq francs. Ce prix-là, acceptable pour la visite de jour, est dérisoire s'il concerne aussi la visite de nuit.

Le Bureau du Syndicat des médecins de Toulouse ne paraît pas s'être préoccupé de la différence qu'il y a entre une visite faite à trois heures du soir et celle qui l'est à trois heures du matin.

Il est vrai qu'en été la seconde est peut-être plus agréable que la première.

82e Année (Série XIIIe) — N° 109 | Le Numéro : 25 Centimes | Mercredi 30 Août 1911

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
9, Rue Denis-Poisson, PARIS
Téléphone : 578-40

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale........ 15 fr.
Edition Espagnole.... 10 fr.
Edition Portugaise.... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

ÉCHOS

Distinctions honorifiques.

Médaille d'honneur des épidémies. — *Médaille d'or.* MM. Robin, médecin de 2e classe du service de santé de la marine; Goelt, du port de Brest.

La soif européenne.

La *Strassburger Post* consacre une étude statistique à la soif comparée des Etats de l'Europe. Il est difficile de classer ces Etats dans un ordre rigoureux, parce que les boissons varient d'une nation à l'autre et qu'on manque de facteurs communs, mais voici quelques chiffres :

Le Danois, en moyenne, boit chaque année 104 litres de bière, presque pas de vin, mais 24 litres d'eau-de-vie.

Le Suédois, 56 litres de bière et 9 litres d'alcool.

La Norvège, contenue par des lois de tempérance, est devenue l'un des pays les plus sobres du Septentrion; elle ne consomme plus que 31 litres de bière et 3 d'eau-de-vie par tête d'habitant.

En Russie, la consommation de la bière et celle de la vodka sont exactement égales, soit 5 litres par tête.

Le Français, éclectique, ne méprise aucune sorte d'ivresse; il boit de tout : 32 litres de bière, 10 litres de « goutte », 108 litres de petit bleu.

L'Anglais consomme 6 litres de whisky ou de gin, il boit peu de clairet (2 litres), mais il se ratrape sur la bière (ale et stout : 152 litres).

Le Hollandais se contente avec 38 litres de bière et 8 litres 5 d'eau-de-vie.

A son voisin, le Belge, il faut 221 litres de bière et 9 litres d'alcool.

L'Autrichien et le Hongrois absorbent l'un et l'autre la même quantité de schnaps (11 litres 4) et le même cube de vin (16 litres), mais le premier y ajoute 80 litres de bière, tandis que 11 suffisent au second.

De tous les habitants de l'Europe, l'Italien est celui qui boit le moins de bière (2 litres) et le moins d'alcool (1 litre 3); il consomme 98 litres de vin.

Pour l'Allemagne il serait presque injuste de parler de moyenne. Si l'on envisage toute l'étendue du territoire (y compris le Luxembourg), la consommation par tête ressort à 118 ou 125 litres pour la bière, 7 pour le vin, 6 1/2 pour l'alcool; mais si l'on considère chaque pays séparé, on voit que l'Allemand du Nord et l'Alsacien se satisfont avec 98 litres de bière, tandis qu'il en faut 158 au Badois, 169 au Wurtembergeois, 240 au Bavarois. Enfin, en comparant entre elles « les grandes villes de bière », on constate que Berlin boit 200 litres par tête d'habitant, Nuremberg, 325, Francfort 432 et Munich, 570; c'est le record.

La thérapeutique chinoise.

M. Rotach, explorateur et docteur ès sciences, donne quelques détails curieux sur la thérapeutique chinoise.

Pour les bois de cerf, on en explique la vertu en disant que c'est du sang coagulé et il m'a semblé qu'on l'ordonne aux faibles, surtout aux vieillards pour leur donner des forces, comme on conseille chez nous de passer à l'abattoir boire un verre ou deux de sang de taureau. Les macérations d'os de tigre, sinon de griffes et de moustaches, sont aussi pour donner de la vigueur, mais l'explication me paraît plutôt analogique et psychologique, sinon fantaisiste. Le thé, qui est donné au Yunnan selon le Dr C. W. contre la diarrhée, est administré au Seu-Tchoan, la province voisine, très fort, jusqu'à l'amertume, comme antipoison; on va aux cabinets sept ou huit fois de suite et on est délivré. On fait prendre du riz jusqu'au plus possible, aussi bien que dix gr. d'alun dans une tasse d'eau sucrée, à ceux qui ont été empoisonnés par l'opium, aux brus surtout qui ont usé de cette vengeance fréquente contre une marâtre de belle-mère et cela rend à la vie des jeunes désespérées pacifiques, mais haineuses. On prend de la menthe pour couper net la sueur, tellement insupportable quand on circule avec sa charge par les chaleurs. Contre la rage, ce qui réussit c'est le bouillon des trois herbes dont l'une, la principale, est le bambou à racine noire (haitchoudze), l'autre l'iris à fleur bleue (pientouken); mais j'ai oublié quelle est la troisième racine à faire bouillir. On reconnaît qu'on a la rage en prenant des petits pois, s'ils vous paraissent sucrés comme du candi, on est atteint. Contre le croup, on prend vingt grammes de bouilli d'ail mélangé avec autant d'alun calciné dans une poignée de riz; l'aloès est souverain pour le foie.

Ecole d'application du service de santé militaire.

Sont nommés Professeurs agrégés à l'école d'application du service de santé militaire :

Chaire de législation, administration, médecine légale et service de santé militaire : M. le médecin-major de 2e classe Raymond, répétiteur à l'école du service de santé militaire.

Chaire d'hygiène militaire : M. le médecin-major de 2e classe Rieux, répétiteur à l'école du service de santé militaire.

Ecole vétérinaire de Lyon.

Un concours sera ouvert à l'école vétérinaire de Lyon, le 19 octobre 1911, pour la nomination d'un professeur de physiologie des animaux domestiques et de thérapeutique générale.

Le programme de ce concours se distribue à Paris au ministère de l'Agriculture (bureau des écoles vétérinaires) et dans les trois écoles d'Alfort, Lyon et Toulouse.

ÆSCULAPE

GRANDE REVUE MENSUELLE ILLUSTRÉE, LATÉRO-MÉDICALE

A. ROUZAUD, Éditeur, 41, Rue des Écoles — PARIS

SOMMAIRE DU N° DE JUIN 1911

Voyage médical en Italie (15 illustrations), par le Dr GOUGEROT, professeur agrégé. — Pèlerinage médico-artistique.

L'Ecole de Médecine d'Indo-Chine (3 illustrations), par le Dr MATIGNON. — Comment elle pourrait faire rayonner l'influence intellectuelle française dans l'Extrême-Orient.

A propos de dessins exécutés sous la suggestion hypnotique (2 illustrations), par le Dr J.-A. SICARD, professeur agrégé. — Impressions de *terreur* et de *cadavérisation* d'un réalisme saisissant.

Le Cimetière des chiens à Asnières (6 illustrations). — Compte rendu pittoresque et vivant d'une visite à l'originale nécropole; 6,000 chiens y sont inhumés; des centaines de tombeaux avec épitaphes imprévues, attendries.

Quelques anomalies de la figure humaine au Musée du Louvre (7 illustrations), par le Dr LEPAITRE. — Où l'on voit des tableaux représentant: dacryocystite chronique, cicatrices, alcoolisme, prognathisme, acné hyperthrophique, acné rosée, etc.

Coutumes et Superstitions des Mots (6 illustrations), par le Capitaine BAUDESSON. — Les vertus du Bois d'Aigle..., etc

Spiritisme et Métapsychisme (15 illustrations), par le Dr GELEY. — Réponse au bel article du Professeur Grasset, avec documents nouveaux, exposition de la question sous un nouvel aspect.

Les Terres cuites pathologiques de l'époque alexandrine (10 illustrations), par le Dr F. REGNAULT. — On les prenait pour des grotesques; elles sont grandement intéressantes pour le médecin.

L'Hôpital français du Caire (1 illustration), par le Professeur M. HACHE.

SUPPLÉMENT.

L'Homme mécanique «Occultus» (1 gravure). — *Le Baiser.* — *La Femme, son moi inconnu de l'Homme, et son sourire* (1 illustration). — *Tatave et la Baronne.* — *Les victimes du Livre.* — *Le sexe et l'éducation.* — *Destinées d'épouvante* (3 illustrations). — *L'invasion des modernes et des primaires* — *Le chien médium hypnotique de Madame Rostand.* — *Le sexe à volonté.* — *Pressons-nous* (dessin de MIRANDE). — *Comment vivent les femmes de lettres?* — *L'avenir de la race.* — *Les Droseres astucieuses et féroces.* — *Les animaux possèdent-ils une âme?* — *L'entrée dans la vie* (dessin de DAUMIER). — *Pompes funèbres* (dessin de DAUMIER).

L'ABONNEMENT EST ENTIÈREMENT REMBOURSÉ PAR DES PRIMES

Adresser un mandat de 20 francs (Etranger 25 francs)
à M. ROUZAUD, éditeur d'*ÆSCULAPE*, 41, rue des Écoles, Paris.
On recevra au choix l'une des primes suivantes (Désigner deux primes pour le cas où l'une d'elles serait épuisée).

INSTRUMENTS MÉDICAUX. — *Seringue du Dr Barthélemy*, modèle VIGIER, stérilisable, spéciale pour hnile grise à 40 0/0, avec boîte métal et aignille en platine iridié de 5 centimètres; accompagnée de 2 seringues de 1 centimètre cube cristal genre Lüer (valeur de l'ensemble 21 fr.).

Seringue de 20 centimètres cubes (pour sérum de ROUX, etc.) avec tube-raccord caoutchouc, deux aiguilles et boite métal (valeur 21 fr.).

LIVRES. — *L'Art et la Médecine*, par Paul RICHER, Membre de l'Académie de Médecine; ouvrage de grand luxe, 562 pages, 350 illustrations (valeur 30 fr.).

Œuvres de Rabelais, 4 vol., édition des Bibliophiles, reliure d'amateur, tête dorée (valeur 24 fr.). (Les œuvres de notre vieux et savoureux confrère s'imposent à toute bibliothèque médicale.)

Les Difformes et les Malades dans l'Art, par le Professeur CHARCOT et Paul RICHER; ouvrage de grand luxe; nombreuses illustrations (valeur 20 fr.).

Œuvres d'Alfred de Musset, édition de la collection artistique JOUAUST, 7 volumes (*Premières Poésies*, *Poésies Nouvelles*, *Comédies et Proverbes* (2 vol.), *Contes*, *Nouvelles*, *etc.*, *Confession d'un Enfant du Siècle*), (valeur 21 fr.).

Le Cabinet secret de l'Histoire, par le Dr CABANÈS; 4 vol. illustrés, à 5 fr. l'un (valeur 20 fr.).

Vingt francs de livres à choisir dans la liste suivante: *Mœurs intimes du Passé*, par CABANÈS (3 vol. à 3 fr. 50 l'un); — *Les Morts mystérieuses de l'Histoire*, par CABANÈS (2 vol. à 3 fr. 50 l'un); — *Les Indiscrétions de l'Histoire*, par CABANÈS (6 vol. à 3 fr. 50 l'un); — *Pauvres Docteurs*, par le Dr Lucien NASS (1 vol. à 3 fr. 50); *Monsieur l'Agrégé*, par L. NASS (1 vol. à 3 fr. 50); — *Curiosités Médico-artistiques*, par L. NASS (2 vol. à 3 fr. 50 l'un); — *Théâtre* de MOLIÈRE, publié par JOUAUST, avec la préface de 1682; toute bibliothèque médicale doit posséder l'œuvre de MOLIÈRE (3 vol. à 3 fr. l'un); — Les *Confessions* de J.-J. ROUSSEAU, édition des Bibliophiles (3 vol. à 3 fr. l'un). Si la valeur des livres choisis dans cette liste dépasse 20 fr., l'abonné devra envoyer le supplément.

ABONNEMENTS. — (Les personnes abonnées déjà à l'une des Revues ci-dessous ne peuvent choisir cette même Revue comme prime).

La Grande Revue, bi-mensuelle, abonnement d'un an (valeur 20 fr, pour la France; 25 fr. pour l'Etranger).

La Revue (directeur Jean FINOT), bi-mensuelle; abonnement d'un an (valeur 24 fr. pour la France; 30 fr. pour l'Etranger).

L'Art Décoratif, mensuelle, (Revue de l'Art ancien et de la Vie artistique moderne), (valeur 20 fr. pour la France; 24 fr. pour l'Etranger.

EAUX MINÉRALES (pour la France seulement).

Eaux de Pougues-Saint-Léger (une caisse de 50 bouteilles).

Le N° : 1 fr. 50

Abonnement d'un An : 20 fr. (Étranger : 25 fr.)

ÉCHOS

IVe Congrès international de la Mutualité.

Ce Congrès se tiendra à Roubaix les 18, 19 et 20 octobre prochain.

Les questions mises à l'ordre du jour sont les suivantes : 1° la réassurance contre les longues maladies et contre l'invalidité prématurée ; 2° la lutte contre la tuberculose.

La cotisation est fixée à 5 francs pour tous les congressistes. Les rapports et documents concernant le Congrès doivent être adressés avant le 15 septembre à M. Ed. Duquenne, secrétaire général, 59, Grande-Rue, à Roubaix.

IIe Congrès national de la Mutualité maternelle.

Le *IIe Congrès national de la Mutualité maternelle* se tiendra à *Roubaix* les 20, 21 et 22 octobre 1911, sous la présidence effective de M le sénateur *Paul Strauss*, Président de la *Ligue contre la mortalité infantile.*

Le Congrès coïncidera avec le IVe Congrès international de la Mutualité et précédera immédiatement le VIIIe Congrès national de l'Alliance d'hygiène sociale.

Les cinq questions suivantes seront mises à l'ordre du jour du Congrès : 1° Rôle des Unions dans la création et le développement des Mutualités maternelles ; 2° Surveillance médicale, avant et après l'accouchement, des femmes et des nouveau-nés ; 3° Aide et assistance au moment de la grossesse et après l'accouchement ; 4° Contrôle de l'élevage des nourrissons ; 5° les Mutualités maternelles militaires.

Envoyer les adhésions au Secrétaire général du Congrès, *M. Felhoen, 4, boulevard de Cambrai, à Roubaix.*

Institut Pasteur (Laboratoire d'enseignement pratique de chimie biologique).

L'enseignement donné dans ce laboratoire a pour but de fournir aux travailleurs, déjà initiés aux méthodes générales de la chimie, un ensemble de connaissances pratiques leur permettant d'aborder les recherches de chimie biologique.

Les méthodes enseignées, après avoir été décrites dans tous leurs détails, seront exécutées au laboratoire ; elles comprendront des applications aux cas les plus intéressants, le nombre et la difficulté des exercices étant gradués suivant la plus ou moins grande habileté des travailleurs.

Les manipulations auront principalement pour objet :

La recherche et le dosage des éléments les plus intéressants qui entrent dans la composition des êtres vivants, animaux et végétaux ; la détermination qualitative et quantitative des principes immédiats les plus importants, sucres, acides organiques, matières grasses, essences, alcaloïdes, substances protéiques, etc. ; l'étude des principales diastases ; celles des fermentations les plus typiques, etc.

Le laboratoire sera ouvert pendant une période d'environ trois mois à partir du lundi 13 novembre 1911, avec une interruption de quelques jours pour les vacances du 1er janvier.

Il sera ouvert tous les jours (sauf les dimanches et jours de fête), de 1 h. 1/2 à 6 heures.

Les personnes désirant travailler au laboratoire devront en faire la demande par lettre avant le 6 novembre. Cette demande devra être accompagnée de renseignements sur les études antérieures, les titres ou diplômes obtenus, etc.

Le nombre des travailleurs admis est limité.

Le montant des frais, pour la durée totale de l'enseignement, s'élève à 250 francs. Les personnes qui auront été avisées par lettre de leur admission devront payer d'avance à M. l'Econome de l'Institut Pasteur la moitié de ces frais, soit 125 francs. La seconde moitié devra être payée au debut de janvier. Il sera fourni aux travailleurs tout le matériel de laboratoire nécessaire, à l'exception de la boîte de poids. Chacun sera personnellement responsable du matériel qui lui est confié, et devra le restituer en bon état à la fin des cours.

L'Institut Pasteur ne délivre ni diplôme ni certificat de capacité relatifs à l'enseignement pratique du laboratoire. Des certificats de présence pourront seuls être accordés aux élèves qui en auront justifié la nécessité.

Adresser les demandes à M. le professeur Gabriel Bertrand, à l'Institut Pasteur, 26, rue Dutot, à Paris.

La Seine à travers les âges.

Quand on lit de vieux textes, on s'aperçoit bien que la langue a changé, mais les faits dont ils parlent se reproduisent à notre époque, avec une désolante exactitude, et cela, en dépit du fameux progrès, des ordonnances de police et des millions dépensés.

C'est ainsi qu'on lit dans une ordonnance de Charles VI, datée de 1404, cette petite description de la Seine, à Paris, description dont nos contemporains n'auraient guère à modifier l'inquiétant pessimisme : La Seine, dit l'ordonnance, « est si plaine de boues, fiens, gravois, ordures, putréfactions et immondices, que ce est grand orreur et abhominacion à voir, et une grant merveille, se ne feust le miracle de nostre Seigneur, comment les créatures et corps humains usans en boire et en décoction de leurs viandes de l'eaue d'icelle rivière, ne en encourent très grans multiplications d'inconvéniens. de mort et de maladies incurables. »

Deux siècles plus tard, le marquis d'Argenson raillait les eaux de Seine qui ne manquent pas d « attaquer les étrangers qui y arrivent pour la première fois, et les purgent, comme pour les avertir de se préparer à recevoir quantité de choses malsaines ».

En 1911, on ne dit pas les choses si crûment : on tire simplement des cartons verts la petite affiche annuelle : « Faites bouillir votre eau . » Mais, en définitive, depuis des siècles, on n'a rien changé, ou si peu !

Tuberculose

Le globéol (**extraits protoplasmiques des globules sanguins et tous ses ferments vivants**) a une action **décisive dans le traitement de la tuberculose.**

Il relève l'*appétit*,
rétablit les *forces*.
augmente le *poids*,

ceci sans suralimentation, c'est-à-dire sans demander aucun travail supplémentaire au rein.

Les diastases antitoxiques du sérum sanguin que le globéol apporte à l'état vivant, permettent une résistance efficace contre l'infection, grâce à la lutte qu'elles engagent contre le bacille de Koch. Un amendement général des phénomènes dus à l'action de ces toxines en est la preuve.

La variole aux Etats-Unis en 1909.

La statistique portant sur 27 Etats seulement (la République en compte 50) qui ont fait les déclarations, donne, dans l'année 1909, un chiffre de 19.534 cas avec 92 décès, ce qui, sur une population de 58.839.200 habitants donne une proportion de 34 cas pour 100.000 habitants et de 0,471 décès sur 100 cas

DES DIVERS TRAITEMENTS
DE
L'Ophtalmie purulente des Nouveau-Nés

Par le Docteur TERSON

Les travaux les plus récents publiés tant en France qu'à l'étranger, touchant le traitement de la conjonctivite purulente des nouveau-nés dans sa forme grave (1), de même que les communications sur ce sujet faites à l'Académie de Médecine, montrent une certaine divergence d'opinions des ophtalmologistes sur la valeur comparative des sels d'argent et sur la manière de conduire la médication.

Les uns « restent fidèles », selon une expression assez courante, au nitrate d'argent, avec des différences dans l'application, n'employant que très accessoirement les nouveaux sels d'argent de nature organique. Les autres, au contraire, ont adopté presque exclusivement ceux-ci : le protargol, l'argyrol (pour ne citer que les plus en vogue), qu'ils préconisent à outrance, considérant comme surannée ou dangereuse l'ancienne médication par le nitrate d'argent.

N'y a-t-il point des deux côtés un peu de parti pris? Devons-nous simplement nous ranger parmi les partisans de l'un ou de l'autre de ces deux systèmes de traitement? Devons-nous au contraire, pour faire un choix judicieux, rechercher les indications résultant de l'observation clinique précise de chaque cas et combiner au besoin l'ancien et le nouveau traitement? Telles sont les questions que je viens exposer devant vous.

Je crois devoir tout d'abord affirmer les bienfaits constants de la médication par le nitrate d'argent *quand la purulence est déjà bien établie*, si on l'applique en solution, au pinceau, une ou deux fois par jour, sur les paupières bien renversées et rapprochées l'une de l'autre, neutralisée aussitôt après par le chlorure de sodium, afin que la cornée reste indemne de tout contact avec le caustique.

Quant au degré de la solution pour ce genre de technique, la formule donnée dans l'*Encyclopédie française d'ophtalmologie* me paraît assez heureuse : « Pas moins qu'au 50e, pas plus qu'au 30e. » Plus faible, elle peut être insuffisante pour l'obtention d'une guérison rapide et sans complications, quand une suppuration abondante s'oppose à son contact bien direct avec la muqueuse infectée. Plus forte, elle provoque une eschare dont l'élimination trop lente n'est pas sans dangers.

C'est la pratique que j'ai suivie pendant plus de quarante années, là tenant de mon ancien maître Wecker, très utilement aidée au besoin de scarifications répétées. Je ne suis donc pas ennemi de la médication ancienne.

Mais j'ai eu, depuis quelques années, l'occasion réitérée d'observer des faits remarquables, impressionnants, à la suite de l'emploi des nouveaux sels d'argent, seuls ou aidés d'un désinfectant à dose modérée, le protargol d'abord, l'argyrol ensuite, qui ont modifié dans une certaine mesure mes opinions antérieures; d'autant plus intransigeantes pendant quelque temps, que j'avais été appelé en consultation pour un grave insuccès dû au protargol appliqué à dose croissante, heureusement atténué par le nitrate d'argent et les scarifications.

Ces faits nouveaux m'ont amené à reconnaître que les sels organiques d'argent, bien maniés, sont notre arme de choix pour prévenir (je ne dis pas guérir d'une façon absolue) les complications les plus redoutables.

Quelques très brèves considérations sont ici nécessaires pour bien préciser ma pensée à cet égard.

Nul n'ignore qu'au début de l'infection, c'est l'œdème inflammatoire qui domine, avec un gonflement quelquefois si considérable des paupières, qu'on peut avoir grand'peine à les retourner, la sécrétion étant encore fluide, ascitique, pour ainsi dire; la vraie purulence ne venant remplacer que vers le troisième jour la sécrétion citrine primitive. Or, de l'avis de la plupart des cliniciens, c'est l'intensité de l'infiltration œdémateuse, durant la première semaine qui, par la gêne apportée à la nutrition de la cornée, serait l'origine du processus aboutissant en quelque sorte secondairement à son infection et à sa nécrose.

L'ophtalmie blennorragique de l'adulte, à marche quelquefois foudroyante, peut à cet égard servir de modèle d'observation, de même que la conjonctivite pseudo-membraneuse, où les lésions cornéennes précèdent le franc établissement de la purulence.

Il s'agit donc, pour les premiers témoins de l'infection, la sage-femme ou le médecin-accoucheur, bien plus de combattre l'intensité de l'œdème conjonctivo-palpébral, que de lutter contre une suppuration presque inexistante à ce moment. C'est pour ce motif que nos maîtres conseillaient, avant la connaissance des nouveaux sels d'argent, de commencer les cautérisations seulement quand la suppuration est bien établie, croyant le nitrate d'argent susceptible d'augmenter momentanément l'infiltration palpébrale et de donner à l'infection les allures d'une conjonctivite à fausses membranes, si souvent désastreuse pour la cornée avant l'application de la sérothérapie. C'est dans la même pensée que l'on a conseillé l'emploi si utile des scarifications et des divers désinfectants, acide phénique, sublimé, que le permanganate a avantageusement remplacés. Enfin c'est aussi par crainte de ces mêmes accidents, que nous avons vu, dans le cours d'un demi-siècle, les praticiens abaisser de façon diverses le titre de la solution argentique, de un tiers à 1/10, 1/30, 1/40, 1/50, 1/100, 1/200 et même 1/600 (Burkart).

Mais, en plus de cette contre-indication, *à la période de début*, le nitrate d'argent présente incontestablement et à toutes doses, l'inconvénient, particulièrement fâcheux en médecine infantile, d'être très douloureux; et lorsqu'il faut renouveler deux fois par jour la cautérisation, cela devient pour le petit malade un véritable supplice, qui le rend irritable à l'excès. Aussi a-t-on été conduit à tirer tout le parti possible de la médication par les nouveaux sels d'argent de nature organique, dont l'inappréciable avantage est d'être peu douloureux, si l'on emploie le protargol; indolore même si l'on s'adresse à l'argyrol. Ce mérite suffisait pour que chacun de nous eût le devoir de s'assurer si l'action médicamenteuse de ces sels est à peu près équivalente à celle du nitrate d'argent et s'ils ont un caractère nettement curatif.

Mon expérience personnelle réitérée, dans des cas d'une haute gravité, m'a paru démontrer que les sels organiques d'argent possèdent *contre la phase de début de l'infection* non seulement une équivalence d'action, *mais l'importante supériorité sur le nitrate, de pouvoir être appliqués sans danger, dès la première heure* et avec un résultat des plus saisissants, *contre l'œdème le plus intense, le plus dur;* et cela à une dose très modérée et par cela même inoffensive; *à la condition toutefois de multiplier d'autant plus les instillations que le titre de la solution employée est plus faible et que les signes de l'infection sont plus accusés.*

C'est depuis que j'ai agi d'après ces idées que j'ai vu les signes du début, en apparence les plus violents, s'atténuer rapidement, ne laissant après eux qu'une sécrétion assez peu virulente; ce qui permet déjà de rassurer l'entourage sur les suites de la maladie. Cette sécrétion cesse en effet souvent par la continuation d'instillations un peu moins fréquentes, dans un délai aussi court que par l'ancien système de traitement. Elle peut exiger une instillation journalière de plus de nitrate à 1/100. Au pis aller, un petit nombre de cautérisations avec la solution au 50me, d'après les règles rappelées plus haut, en ont définitivement raison.

Quel est du protargol ou de l'argyrol, le sel organique de choix? Les deux sont excellents; mais j'emploie de préférence l'argyrol pour les nouveau-nés et les jeunes sujets, parce qu'étant indolore il se prête mieux à la pratique systématique au début des instillations *toutes les heures jour et nuit*, qui s'accomplit presque sans réveiller l'enfant. Nous ne devons pas oublier, en effet, comme l'a justement dit M. Lagrange dans sa réponse à M. Motais à l'Académie de médecine, « que le petit malade guérira d'autant plus vite qu'il s'alimentera mieux ».

L'argyrol à 1/10 équivaut, paraît-il, au nitrate à 1/100 comme bactéricide, et c'est la dose habituelle, qu'on peut doubler et tripler sans le moindre danger, si la détente ne semble pas se dessiner après 24 à 48 heures.

Le protargol donne les mêmes résultats à 1/20 seulement, qu'on porte à 1/10 s'il y a lieu. Mais il est plus douloureux et partant moins commode chez les enfants, pour le système d'instillations très fréquentes au début. Il présente en outre, au dire de ceux qui l'ont le plus préconisé, le désagrément de provoquer sur la conjonctive bulbaire, pour peu que le traitement se prolonge, la coloration brun-jaunâtre désignée sous le nom d'argyrose. J'ai été récemment consulté par une dame, dont les yeux, trop

(1) J'appelle forme grave ou présumée telle (en l'absence de tout examen bactériologique) toute conjonctivite du nouveau-né débutant par un gonflement plus ou moins considérable des paupières, s'accompagnant rapidement d'une sécrétion abondante d'aspect purulent.

longtemps traités au protargol avaient conservé depuis plusieurs années un aspect assez étrange, que rien n'avait pu atténuer. L'argyrol, plus solubte, ne présente pas cet inconvénient au même degré; et c'est un motif de plus pour le préférer.

Quant au permanganate, dont on a fait abus et dont, entre parenthèses, mon fils Albert a été, je crois, le promoteur *(Arch. d'opht.* Paris 1892), il peut aussi être très utile si la guérison est trainante; mais la solution à 1/5000, employée deux ou trois fois dans les 24 heures, suffit à titre d'adjuvant de la médication indiquée plus haut; des lavages fréquents à l'eau bouillie tiède, devant écarter la suppuration, pour ainsi dire à mesure de sa production.

Tel doit donc être à mon sens le traitement en quelque sorte successif et éclectique de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés : les nouveaux sels d'argent, *indolores d'abord*, en instillations très fréquentes, comme pierre de touche de la gravité et de la résistance de la maladie.

Ce traitement peut être confié à l'entourage du malade et sera exécuté ponctuellement, si les parents sont bien prévenus du danger de toute négligence à cet égard.

Puis, au deuxième plan, le vieux traitement par le nitrate d'argent un peu modernisé, qui, dans des mains habiles, restera la pierre angulaire, si nos nouvelles armes un peu plus légères se montrent impuissantes à enlever les dernières traces de l'infection dans les cas les plus rebelles ou compliqués.

Les lotions désinfectantes au permanganate de potasse (ou mieux de chaux), à la dose modérée de 1/5000, compléteront la cure qui, en général, se terminera sans encombre si le mal a été pris à temps.

Si l'on est appelé trop tard et que la cornée soit déjà atteinte, les instillations de nitrate sont dangereuses à tous égards. S'il y a déjà une perforation de la cornée, la conduite à tenir doit varier selon son étendue. Si celle-ci est large, les *sels indolores* doivent seuls être employés, pour éviter que le petit malade aggrave encore par des contractions violentes l'éventration de l'œil.

Si la perforation est étroite ou seulement imminente, l'habileté du spécialiste consistera à retourner les paupières sans appuyer sur le globe et à appliquer avec la plus grande prudence la solution de nitrate au 40e ou au 50e, qui souvent conjurera le danger, avec l'adjonction d'instillations d'ésérine, bien mieux indiquées que celles d'atropine pour empêcher une trop forte hernie de l'iris.

J'ai cité au Congrès d'ophtalmologie de Paris, en 1906, deux cas des plus remarquables, dont l'un était une conjonctivite blennorragique d'adulte guérie sans complications, par la pratique que je recommande. J'ai montré le 1er mai 1909, à la Société de médecine de Toulouse (quatre jours avant la communication de M. Motais à l'Académie de médecine de Paris, sur les bons effets du protargol) un enfant *âgé de six semaines, amené depuis trois jours seulement à notre consultation*, avec les paupières absolument closes et pleines de pus qui, *sous l'influence unique d'instillations d'argyrol à 1/10*, pratiquées *d'heure en heure jour et nuit*, tenait déjà ses yeux ouverts, dont l'un nous laissait voir sa cornée à moitié détruite; et cet enfant, venu d'un département éloigné du nôtre, était remporté après une semaine presqu'entièrement guéri.

M. le professeur Andebert a eu l'occasion de voir avec moi une jeune fille, élève sage-femme, qui s'était inoculé par mégarde une conjonctivite purulente des plus intenses, présentant déjà une ulcération infectée de la cornée, heureusement guérie aussi par l'argyrol d'heure en heure et de fréquents lavages.

J'ai tâché de faire ressortir la part de vérité nouvelle que nous devons aux progrès incessants de la chimie médicale moderne, tout en désirant conserver précieusement ce que nos prédécesseurs nous ont légué de bon et d'utile, touchant une question vraiment sociale, dont l'intérêt reste vivant malgré les innombrables travaux qu'elle a suscités (1).

AUTREFOIS

La Médecine dans Gargantua

Si le *Gargantua* de Rabelais est œuvre d'imagination, on y voit apparaître, je dirai presque à chaque page, les connaissances médicales auxquelles avait mis le sceau la Faculté de médecine de Montpellier, en lui décernant le bonnet doctoral.

Nous voudrions ici, sans aucune prétention du reste, les mettre en relief, en suivant le récit même de Rabelais. Il ne peut être douteux que, pour un esprit aussi observateur, les questions d'hérédité n'aient pu passer inaperçues. Dans son chapitre premier : De la généalogie et antiquité de Gargantua, très pompeusement écrit, il faut voir autre chose que la facile imagination de l'auteur. Il va et il veut aller beaucoup plus loin; il cherche à affirmer et à établir les lois de l'hérédité et de l'atavisme. Sans nul doute, elles ne sont pas fatales, mais l'exception n'infirme pas la règle De tout être sain et fort, nait un descendant semblable. Encore une fois, si Rabelais a tenu à donner à son héros des ascendants royaux ou princiers, il a voulu sans doute lui donner plus d'importance; mais encore une fois, le médecin n'a pas ici perdu ses droits.

Comment doit-on comprendre cette phrase ?

« Réconfortez vôtre malheur, et buvez frais, si faire se peut ». On pense qu'ici Rabelais s'adresse à des syphilitiques. Ceux-ci sortent de l'étuve, méthode très en usage alors contre cette maladie; mais pourquoi Rabelais a-t-il ajouté si faire se peut. A-t-il eu là en vue des lésions syphilitiques de la cavité buccale qui auraient gêné la déglutition ou serait-ce parce qu'il considérait, selon les théories de l'époque, l'absorption des boissons froides comme dangereuse. Nous restons incertains devant cette réticence de Rabelais.

Dans son chapitre III « Comment Gargantua fut onze mois porté au ventre de sa mère », Rabelais, après nous avoir décrit d'un mot très réaliste, mais aussi très imagé, l'acte physiologique du mariage, nous rapporte que Gargamelle « engroissa d'un beau fils et le porta jusques à l'unzième mois. »

Dans cette affirmation, deux choses nous paraissent évidentes. Gargantua ne pouvait naître comme le commun des mortels; c'eût été en diminuer l'importance. Tout en lui devait être extraordinaire, jusqu'à sa naissance. Et de fait, Rabelais ajoute : « Car autant, voire davantage, peuvent les femmes ventre porter, mesmement quand c'est quelque chef-d'œuvre et personnage qui doilve en son temps faire grandes prouesses. » Mon affirmation est donc sans conteste.

Que ce fût là la seule pensée de Rabelais, non, sans doute et le médecin en prend occasion pour les auteurs qui admettent ces grossesses tardives qu'il n'admettait pas comme médecin; mais que le romancier supposait pour les besoins de sa cause.

Le Dr Félix Brémond, dit très justement : « L'énumération des auteurs qui admettent la possibilité de l'accouchement après onze mois prouve elle-même, par son luxe d'érudition outrée que Rabelais n'y croyait pas. Cette conclusion ressort, du reste, assez clairement de cette réflexion à la fin de la liste : « Et mille autre fois ». En semblant admettre la durée de la grossesse à onze mois. Rabelais faisait encore ici une concession basée sur quelques faits, bien rares, si même ils se sont jamais présentés.

La limite de dix mois a été admise. Elle est même bien exceptionnelle.

N'est-ce pas un cas de boulimie (gargantuesque) dont fut atteinte Gargamelle durant sa grossesse. Tout doit être encore ici extraordinaire dans le récit, mais on a quelque droit de voir là un fait d'observation médicale dans ce chapitre 4 : « Comment Gargamelle, étant grosse de Gargantua, mangea grande plantée de tripes. » Et Rabelais nous apprend que pour avoir mangé trop de « gandebilleaux (gandebilleaux sont grosses tripes de Coireaux)..., le fondement lui eschappoit ». De l'invraisemblable, on peut tirer telle conclusion que l'on veut, mais la chute du rectum, du seul fait d'une indigestion, sans cause prédisposante ou lésions internes particulières ne peut être admise.

Dans son chapitre 5 « les propos des buveurs », Rabelais fait diverses remarques que seules on pouvait trouver sous la plume d'un médecin : « Cestuy — il parle du bon vin qu'absorbent les buveurs — entre dedans les veines, la pissotière n'y aura rien », prouve qu'il savait que l'appareil urinaire rejette hors du corps humain les matériaux liquides impropres à la nutrition, et que l'appareil digestif introduit dans les veines les éléments organiques nécessaires à l'entretien de la vie, et dans ces deux phrases : « Je laverais volontiers les tripes... J'ai bien saburré mon stomach » il faut voir l'expression d'un fait vrai, à raison que les liquides que nous buvons agissent mécaniquement, d'une part, en pénétrant dans l'estomac et, d'autre part, favorisent la digestion en diluant les sucs gastriques et en les mélangeant à la masse alimentaire.

---

(1) Je n'ai pas voulu soulever ici la question de prophylaxie, qui intéresse l'accoucheur bien plus directement que l'oculiste.

J'ai, il y a bien longtemps, traité des mesures administratives à prendre pour éclairer le public sur les dangers de l'ophtalmie des nouveau-nés. Un *« Avis aux parents »* fut même répandu pendant quelque temps dans notre département; comme on peut le voir dans le *Recueil* (no 4737) *des Actes administratifs* de la Haute-Garonne de l'année 1882, à la suite d'une communication que j'avais faite à la Société de Médecine de Toulouse, que celle-ci avait bien voulu transmettre au Conseil d'hygiène.

Tout cela était depuis longtemps rentré dans l'oubli lorsque, vingt-huit ans après, M. Clemenceau lança, en avril 1909, une circulaire recommandant aux préfets d'envoyer dans les communes de leur département un *« Avis »* absolument rédigé dans le même sens que le mien, sinon dans les mêmes termes.

Nos asiles contiendraient sans doute quelques aveugles de moins, si, pendant ces vingt-huit années passées, on avait persisté à faire entrer dans la tête du public les dangers de l'ophtalmie des nouveaux-nés, quand elle est livrée à elle-même ou à des soins empiriques dénués de toute valeur ?

« Longs clystères de beuverie l'ont fait vuider (la soif) hors les loges », ce qui veut dire qu'on peut apaiser sa soif en prenant des lavements; on sait, en effet, que les liquides ainsi injectés dans l'intestin sont absorbés et passent dans le sang. L'expression de Rabelais est donc exacte.

« Du blanc, demande le buveur, verse tout, verse, de par le diable; verse deça, tout plein, la langue me pelle ». Rabelais connut donc aussi l'état particulier de la langue chez les buveurs.

Quel est celui d'entre nous à qui l'occasion a été donnée de faire des accouchements, surtout dans la classe ouvrière, où l'on appelle plus volontiers les choses par leur nom, ne recueillit souvent en ce moment, quelques propos gaulois, sinon même grivois. Rien ne fait croire que Rabelais ait été lui-même accoucheur, mais tout laisse à penser qu'il assista à quelques accouchements, ne fût-ce qu'à celui de la femme qui lui donna un fils. Toujours est-il que le début de son chapitre 6 est d'une saveur réelle, et, disons-le aussi, d'une grande liberté de langage, et que tout cela est bien vivant et bien vécu; et l'on y retrouve des réponses bien féminines. Voici ce passage : « Eux tenant ces menus propos de beuverie, Gargamelle commença se porter mal du bas ; dont Grandgoussier se leva dessus l'herbe et la réconfortoit bonnestement, pensant que ce fût mal d'enfant, et luy disant qu'elle s'estoit là herbée sous la saullaye, et qu'en brief elle feroit pieds neufz. » (Il est courant, dans le langage populaire, de dire d'une femme qui va accoucher, qu'elle va faire des petits pieds). « Force, luy convenoit prendre courage nouveau, au nouvel advénement de son ponpon ; et, encores que la douleur luy fust quelque peu enpascherie tontefois que icelle seroit brève: et la joye qui tost succéderoit, luy tolliroit tout cest ennuy : en sorte que seulement ne luy en resteroit la souvenance »... « Courage de brebis (disoit-il), despêchez-nons de cestuy cy et bien tost en faisant un autre ». « Ha (dist-elle), tant vous parlez à vostre aise, vous autres hommes: bien de par Dieu, je me parforceray, puisqu'il vous plaist. Mais pleust à Dieu que vous l'eussiez coupé ! » « Quoi ? » dist Grandgousier. « Ha, dist-elle, que vous estes bon homme ! Vous l'entendez bien. Mon membre? dist-il. Sang de les Casbres ! Si bon vous semble, faites apporter un cousteau. Ha, dist-elle, jà Dieu ne plaise ! Dien me le pardoint, je ne le dis de bon cœur, et pour ma parole, n'en faites ne plus, ne moins. Mais j'aurai prou d'affaires aujourd'huy, si Dien ne me aide, et tont par vostre membre que vous fussiez bien aise. » Soudain vinrent à tas sages femmes de tous costés. Et, la tastans par le bas trouvèrent quelques pellanderies d'assez mauvais goût, et pensoient que ce fust l'enfant; mais c'étoit le fondement qui luy eschappoit à la mallification du droit intestin, lequel vous appelez boyau cullier ». Ce fondement qui lui échappait ne doit-il pas plutôt être regardé comme un bourrelet hémorroïdal si fréquent chez les accouchées; à moins que Rabelais n'ait vouln faire allusion à l'expulsion de matières fécales provoquée par le passage de la tête de l'enfant.

De ce que Rabelais donne à Gargantua dix-sept mille neuf cent treize vaches pour l'allaiter ordinairement, car les quatorze cent-deux pipes de lait qu'aurait pu donner sa mère avaient été déclarées insuffisantes, il n'en faudrait pas, ce me semble, conclure que Rabelais fut partisan de l'allaitement artificiel. Au reste, reconnaissons que celui-ci peut, avec des soins minutieux, donner de bons résultats. Remarquons aussi que Rabelais ne fait sortir Gargantua qu'à l'âge de un an et dix mois, auquel temps dit Rabelais : « On commença à le porter et fut faite une belle charrette à bœufs. » Rabelais, dit-on, se moquerait ici de la coutume alors en vogue, de ne sortir que très tardivement les nouveaux-nés. « Il portoit bonne troigne, avoit presque dix et huit mentons et crioit peu » ; ce qui était un signe de bonne santé. Les enfants nerveux et criards sont le plus souvent des enfants de santé délicate. Tout enfant pleurard est un enfant maladif.

Rabelais termine ce chapitre par une description pleine de vie et d'humour : « S'il advenoit qu'il fust despit, courroussé, fasché ou marry : s'il trépignoit, s'il pleuroit, s'il crioit, luy apportant à boire l'on le remettoit en nature, et soudain demeuroit coy et joyeux. Une de ses gouvernantes m'a dit, jurant sa foy, que de ce faire il estoit tant coustumier, qu'au seul son des pinthes et flaccons il entroit en ecstase, comme s'il goustoit les joyes du paradis. En sorte qu'elles, considérant ceste complexion divine, pour le resjouir au matin faisoient devant luy sonner des verres avec un consteau, ou des flaccons avec leur tampon, ou des pinthes avec leur couvercle. Auquel son il s'esgayoit, il tressailloit, et luy mesme se bressoit en dodelinant de la teste, monochordisant des doigts et baritonnant du cul. »

Que de vie dans cette description, combien vraie, combien réelle. Qui n'a vu en effet de ces bébés avides de nourriture, de ces vigoureux enfants, rire et se tortiller, soit en voyant arriver leur biberon ou en voyant leur nourrice, écartant leur vêtement pour découvrir leur sein.

C'est pour la première fois au chapitre 8 que nous voyons Rabelais faire allusion à des agents thérapeutiques. En parlant du costume de Gargantua il dit : « ... En un chasain desquels était enchassée une grosse émeraude..., elle a vertu érective et confortative... ». Rabelais semblerait donc lui accorder des propriétés aphrodisiaques, mais Rabelais y croyait-il, et n'était-il pas plutôt ici un écho des croyances du temps.

Relevons au chapitre X cette observation très juste: « De l'influence de la lumière blanche sur la vue : « Car, comme le blanc extérieurement disgrège et espart la veuë, selon l'opinion d'Aristotélès en ses « *Problèmes et ses Perspectives* » « et le voyez par expérience quand vous passez les monts coûverts de neige, en sorte que vous plaignez de ne pouvoir bien regarder, etc. »... « Tout ainsi le cœur, continue Rabelais, par joye excellente et intérieurement espart et partit manifeste résolution des esprits vitaux, laquelle tant peut estre accreue, que le cœur demeureroit spolié de son entretien; et par conséquent seroit la vie estaincte par cette périchàrie ». La joie fait peur et peut faire mourir, comme au reste toutes les émotions violentes, l'observation de Rabelais est parfaitement corroborée par les faits.

Il poursuit : « Et comme dit Avienne, du zafran, lequel tant esjouit le cœur qu'il le despouille de vie si on en prend en dose excessive, par résolution et dilatation superflue ». Le safran, plante aux propriétés excitantes et emménagogues pourrait-il déterminer de tels accidents ; peut-être, mais au moins pris à fortes doses. Il y aurait là des phénomènes d'empoisonnement que d'autres substances au reste sont capables de produire.

Du chapitre 13, dont on connait la licence, je ne veux relever que le nom de certaines plantes médicinales, fort employées à cette époque, où l'on traitait comme l'on dit, beaucoup par les simples. Quelques-unes sont encore parfois employées aujourd'hui: la sauge, le fenouil, la marjolaine, la rose, les feuilles de courlis, les bettes, le pampre, la guimauve, la verbasce, les feuilles d'épinard, la mercuriale, la persiguière, l'ortie. On peut admettre avec beaucoup de vraisemblance que Rabelais cite les plantes les plus ordinairement employées.

En son chapitre XX, Rabelais affirme à nouveau que l'on peut mourir « de force de rire » : « Le sophiste n'eut si tôt achevé, que Ponocrates et Eudémon s'esclaffèrent de rire tant profondément qu'ils en cuidèrent rendre l'âme à Dieu, ne plus ne moins que Crassus voyant un asne couillart qui mangeoit des chardons... Philémon voyant un asne qui mangeoit des figues qu'on avoit apprestées pour le dîner mourut de force de rire ».

Il faut bien admettre ici sans doute un terrain particulier pour qu'un tel phénomène nerveux puisse amener la mort ; mais l'expression de Rabelais est juste et il y a d'assez nombreux faits de gens qui sont morts en riant.

Rabelais ajoute: « Tant que les larmes leur venaient ès yeulx par la véhémente concession de la substance du cerveau, à laquelle furent exprimées ces humidités lacrymales. » Ici Rabelais commet une erreur commune à son époque en regardant les « humidités lacrymales », comme venant du cerveau. Le rhume, dit de cerveau, n'en vient pas davantage. Les larmes sont le produit de la glande lacrymale comme l'écoulement nasal de la muqueuse pituitaire. On en était alors encore aux affirmations hippocratiques.

Chapitre XXI : « Puis buvoit un horrifique traict de vin blanc pour lui soulager les rognons. » Du temps d'Hippocrate, les vins blancs passaient déjà pour diurétiques, et l'on sait au reste, qu'ils entrent, à dessein dans la composition des vins médicamenteux diurétiques. Ils ne servent pas que d'excipient à certans agents physiques, ils apportent aussi leur concours synergique.

Le chapitre 23 est, on le sait, l'un des meilleurs qu'ait écrit Rabelais. Cet esprit qui est, en tant de pages, si excentrique, gardait néanmoins avec tout cela un jugement droit, et ses conseils étaient souvent sages et judicieux. Notre critique aura ici à s'arrêter à des questions médicales et morales qui ont l'hygiène pour base.

« Quand Ponocrates, dit-il, cognut la vitieuse manière de vivre de Gargantua, délibéra aultrement le instituer en lettres mais pour les premiers jours le toléra, considérant que nature ne endure mutations soubdaines sans grande violence » Il y a là une idée générale profondément juste. Si en thérapeutique vous voulez espérer de bons résultats, il faut savoir y apporter la graduation voulue ; et c'est surtout quand il s'agit d'arriver à modifier un état constitutionnel qu'il faut agir ainsi. Il y a aussi certaines habitudes du corps qu'il faut savoir respecter, ou tout au moins ne s'efforcer à les atténuer ou à les faire disparaître qu'avec la plus grande précaution. L'on voit par ces citations que l'on pourrait facilement étendre combien profonde et juste est la remarque de Ponocrates, elle est d'un homme judicieux et instruit en « bonnes lettres ».

Ponocrates va nous dire ce qu'il fit pour son élève ; nous suivrons ses préceptes, nous gardant d'oublier l'idée générale très large, qui dicte les conseils pratiques. « Pour doncques mieulx son œuvre commencer, supplia un savant médecin, de cellui temps, nommé maistre Théodore, à ce qu'il considéroit si possible estoit remettre Gargantua en meilleure voie. »

Et, pourquoi donc ici un médecin ? Car il s'agit de réformer l'éducation antérieure vicieuse de Gargantua et à d'aucuns ne pourrait-il pas peut-être paraître étrange que pour réformer l'éducation, œuvre morale, l'on aille chercher qui fait œuvre médicale. Si de ce faire on voulait conclure que Ponocrates fût un matérialiste, pensant qu'il suffit de modifier l'état cellulaire pour modifier l'esprit ou la volonté, l'on exagérerait la pensée de Rabelais. Ce dernier était un observateur trop judicieux pour ne pas connaître les corrélations intimes qui lient le physique au moral et en voulant mettre le corps en meilleur état, il ouvrait les voies plus larges aux fonctions psychiques, en vertu de l'adage : *Mens sana, in corpore sano.*

On sait le rôle important que jouait la méthode purgative à l'époque de Rabelais ; aussi n'est-il point étonnant d'y voir soumis Gargantua. « Lequel (son médecin) le purgea canoniquement avec ellébore de Anticyre et par ce médicament lui nettoya toute l'altération et perverse habitude du cerveau ». Le temps n'a fait que confirmer l'excellence de cette méthode, mais c'était vraiment ici trop espérer avec une aussi maigre thérapeutique; mais on sait aussi combien pauvre elle était alors.

Se lever tôt, se coucher tôt, a toujours été un précepte formulé par les hygiénistes. Ponocrates le mettait en pratique : « S'éveilloist doncques Gargantua environ 4 heures du matin. » L'heure était vraiment un peu trop hâtive, mais à cette époque où l'on n'était guère noctambule, se lever matin était encore assez répandu. Sans aller jusqu'à cet excès, le conseil reste toujours vrai. Faut-il rappeler que les bacheliers faisaient, à l'ancienne Faculté de Médecine, les cours à 5 heures du matin.

Puis, après, Gargantua procédait à sa toilette matinale ; pendant ce temps il écoutait de sages et profitables lectures. « Puis allait aux lieux secrets faire excrétion des digestions naturelles ». En employant cette expression « excrétion », Rabelais prouve qu'il avait des notions justes sur l'acte digestif. Ce qui est expulsé n'est pas le produit de la digestion, mais son résidu, l'*excrétion*. Il n'est pas de petites choses en hygiène, et nous relèverons qu'en désiguant une heure, Rabelais fait allusion à la régularité quotidienne de cette fonction; ce qui est, on le sait, une condition de bonne santé.

Ponocrates n'avait garde d'oublier les exercices physiques, le sport, comme nous dirions aujourd'hui : « Ce faict, issoient hors, toujours conférants des propos de la lecture et se desportoient en bracque, ou ès près, et jouoient à la balle, à la paulme, à la pile trigone, galantement s'exerçant le corps. Tout leur jeu n'estoit qu'en liberté, car ils laissoient la partie quand leur plaisoit, et cessoient ord'nairement lors que suoient parmi le corps ou estoient aultrement las. A donc estoient très bien essués et frottés, changeoient de chemise, et doulcement se pourmenants, alloient voir si le disner estoit prest. » Puis encore ces excellents conseils : « Après, devisoient des leçons lues au matin, et parachevant leurs repats par quelque confection de cotoniac, s'escuroient les dents avec un tronc de lentisce, se lavoient les mains et les yeulx de belle eau fraische... »

Dans ce même chapitre, Ponocrates nous dit tous les exercices variés de sport auxquels se livrait son élève (équitation, natation, marche, etc.) et il ajoute : « Et pour s'exercer le thorax et pulmon, crioit comme tous les diables... Et pour galantin les nerfs on lui avoit faict deux grosses saulmones de plomb, chascune du poids de huict mille sept cents quintaulx, lesquelles il nommoit altères. Icelles prenoit de terre en chacune main et les eslevoit en l'air au-dessus de la teste; les tenoist ainsi sans soi remuer trois quarts d'heure ou d'advantage; qu'estoit une force inimitable. » — « Le temps ainsi employé, lui frotté, nettoyé et rafraîchi d'habillements, etc. » Quels conseils éclairés et pratiques, et comme Rabelais se montre ici hygiéniste avisé.

Peut-être pourrait-on critiquer ce passage de Rabelais : « Notez ici que son disner estoit sobre et frugal ; car tant seulement mangeoit pour réfréner les abois de l'estomach, mais le souper estoit copieux et large ; car tant en prenoit que lui estoit de besoing à soi entretenir et nourrir. Ce qui est la vraie diète prescripte par l'art de bonne et seure médicine, quoi qu'un tas de badaulx médicins, hercelés en l'officine des sophistes, conseillent le contraire... » Nous pensons plutôt qu'il y a toujours avantage à avoir un repas (sobre et frugal), ce qui n'empêche certes pas, même dans ces conditions de « réfréner les abois de l'estomach » et les repas copieux sont plus nuisibles qu'utiles. Rabelais veut le diner frugal et le souper copieux. Nous estimons, au contraire, que le diner pris dans le milieu du jour doit être le repas copieux et que le souper, précédant le sommeil de quelques heures, doit être sobre et frugal. Que de nuits agitées sont dues à des digestions laborieuses à la suite de repas copieux. On connaît le conseil donné aux candidats malheureux des concours : Retournez à votre omelette.

Nous relèverons au chapitre 25 un procédé thérapeutique dont l'expérience a confirmé la valeur : « Et avec gros raisins chenins, stuvarent les jambes de Forgien mignonnement si bien qu'il fust tantost guéri. »

C'était évidemment ici grâce à l'alcool que la guérison fut obtenue ; le vin, le jus de raisin constituent d'excellents topiques.

Chapitre 33 : « Comment certains gouverneurs de Picrocbole, par conseil précipité, le mirent en dernier péril. » Nous lisons ce qui suit : « Je voudrais bien que les plaisans chevaliers jadis Rhodiens nous résistassent pour voir de leurs urines. » Et pourquoi donc ce désir? On sait le rôle important qu'avait à cette époque l'examen des urines chez les malades. Ne se contentait-on pas souvent de porter à un médecin des urines d'un malade pour qu'il dirigeât la cure ; et voilà certes la signification de cette phrase : « Si les chevaliers de Rhodes vous résistent, ils seront bien malades, et devront comme tels, présenter leurs urines. » Rabelais affirmait donc ici un fait vrai : l'altération des urines dans les maladies et l'examen qu'on faisait alors des urines pathologiques.

Au chapitre 41, nous voyons Rabelais donner au mot (diète) son sens exact : « Boire, dit-il, sitôt après le dormir ? Ce n'est verser en diète de médicine ». La diète n'est pas, en effet, la privation des aliments, mais la réglementation de la nourriture qu'il convient de prendre. Rabelais affirme aussi qu'il ne convient pas de boire après le dormir, c'est-à-dire au réveil, c'est-à-dire à jeun. Rien n'est funeste à l'estomac comme l'absorption de l'alcool à cette heure ; ce n'est pas tuer le ver, suivant l'expression populaire, mais c'est tuer son estomac, et par suite sa santé; on peut bien dire : Tel estomac, telle constitution.

A tous les hygiénistes ou architectes en quête de construction de « sanatoria» on peut certes recommander la lecture du chapitre 56. Ils pourront faire aussi bien, ils ne feront pas mieux. Rabelais a eu vraiment ici une idée géniale ; en tant, je le répète, qu'hygiéniste et architecte. En voici quelques extraits : « Au milieu de la basse-cour estoit une fontaine de bel alabastre. Au-dessus, les trois grâces, avec cornes d'abundance; et jectoient l'eau par les mamelles, bouche, aureilles, yeulz et aultres ouvertures du corps. Le dedans du logis sus la dicte basse-cour estoit sus gros piliers de cassidoine et porporphyre, à beaulx arcs d'antique. Au-dedans desquels estoient belles galleries longues et amples, ornées de paincturcs, de cornes de cerfs, licornes, rhinocérots, hippopotames, dents d'éléphants, et aultres choses spectables... Devant le logis des dames, afin qu'elles eussent l'esbattement, entre les deux premières tours ; an dehors estoient les lices, l'hippodrome, le théâtre, et natatoires, avec les bains, mirifiques à triple solien, bien garnis tous assortiments et foison d'eau de myrrhe. Jouste la rivière estoit le beau jardin de plaisance. Au milieu d'icelui le beau labyrinthe. Entre les deux aultres tours estoient les jeux de paulme et de grosse balle. Du costé de la tour Cryéré, estoit le verger plein de touts arbres fruitiers, touts ordonnés en ordre quinquonce. Au bout estoit le grand parc, foisonnant en toute saulvagine. Entre les tierces tours estoient les butes pour l'arquebuse, l'arc et l'arbaleste. Les offices hors la tour Hespérie à simple estage. L'escurie au-delà des offices. La faulconnerie, au-devant d'icelles, gouvernée par asturciers bien experts. »

Dr J. ROGER (du Havre)

REVUE CLINIQUE

Signification du point dit appendiculaire, par M. le Dr BERNHEIM, professeur honoraire de l'Université de Nancy. (*Bull. méd.*)

Quand le médecin est appelé auprès d'un malade qui, avec quelques troubles digestifs ou même sans troubles, accuse une sensibilité douloureuse dans la région iliaque droite, l'idée d'appendicite se présente tout de suite à son esprit, avec toutes les inquiétudes que cette idée comporte. Il s'empresse de rechercher le point de Mac-Burney; s'il le trouve, et, avec lui, de la défense musculaire à ce niveau, et de l'hyperesthésie cutanée dans la zone appendiculaire, il diagnostique « appendicite » sans hésitation et appelle le chirurgien.

Ces symptômes suffisent-ils à faire le diagnostic ?

Le mot sonore de point de Mac-Burney a fait fortune. C'est en 1885 que le médecin américain a signalé ce point qui correspondrait à la base de l'appendice, sur le tiers externe d'une ligne allant de l'épine iliaque antéro-supérieure droite à l'ombilic.

L'importance de ce point, qui suggestionne encore la plupart des médecins, a été contestée, entre autres par Lejars, dans un article très documenté, publié en 1908 dans la « Semaine médicale ». Les recherches anatomiques ont montré que ce point ne répond que rarement à la base de l'appendice. Lanz, d'accord avec Sonnenberg, place le point appendiculaire sur la ligne bi-iliaque, c'est-à-dire sur la ligne horizontale qui unit les deux épines iliaques antéro-supérieures, à l'union du tiers moyen avec le tiers droit de cette ligne. Là serait la base de l'appendice.

Est-ce là le vrai point appendiculaire dont l'exploration douloureuse veut dire appendicite ?

Lejars, à l'exemple d'autres auteurs, dit qu'il y a des appendicites sans point de Mac-Burney, et il veut dire aussi, certainement, sans point de Lanz. « Le point douloureux, dit-il, peut être plus près de l'arcade inguinale, ou du pubis. Ou bien la pression sur le point de Mac-Burney produit une douleur à distance, variable à l'épigastre, à l'ombilic, dans la fosse iliaque gauche; d'autrefois, l'exploration de la région appendiculaire donne lieu à une sensibilité diffuse atténuée, accompagnée d'un point douloureux net à l'ombilic, sous les fausses côtes, à la région lombaire, dans la fosse iliaque gauche. »

Nous sommes loin, on le voit, de la topographie précise. Ajoutons que Moris (1) aurait découvert dans l'appendicite un autre point douloureux sur la ligne spino-ombilicale à 4 centimètres de l'ombilic. Ce serait un point sympathique qui correspondrait au ganglion sympathique droit. Ce point, ainsi que l'hyperesthésie cutanée douloureuse par frôlement de la peau de la région appendiculaire, serait dû, d'après Head, à la propagation par les filets sympathiques viscéraux jusqu'aux ganglions sympathiques, par ces ganglions au segment médullaire et de là aux territoires divers des nerfs spinaux. On explique ainsi ces douleurs à distance si variables.

Lejars montre aussi, comme la plupart des auteurs, que l'appendicite peut être simulée par les pseudo-douleurs appendiculaires dues à des névralgies de la paroi abdominale, rhumatismales, grippales, à des affections pelviennes,

(1) Cité par Lejars (*in Semaine médicale*, 11 mars 1908).

etc. La région abdominale inférieure sous-ombilicale paraît être d'ailleurs une zone de prédilection pour les douleurs diffuses et aussi pour les points douloureux explorés par les médecins.

Loeper et Esmonet ont signalé, chez certains individus atteints d'entérite ou d'intoxications diverses, des points douloureux correspondant aux confinents vasculo-nerveux de la masse intestinale : le point mésentérique supérieur, à droite de l'ombilic, le point mésentérique inférieur, à gauche et un peu plus bas; en outre, les points iliaques droit et gauche symétriques obtenus par la pression profonde. Le droit peut être confondu avec le point appendiculaire; il est un peu plus bas que le point de Mac-Burney et un peu plus haut que le point de Lanz ; il serait situé sur l'artère iliaque, à 4 centimètres du rachis ,au niveau de la bifurcation de l'iliaque primitive en iliaque externe et interne. C'est un point vasculo-nerveux répondant aux filets nerveux du plexus lombo-aortique et qu'on trouverait, avec une localisation constante remarquable, chez les entéritiques, les nerveux, les intoxiqués. Je ne parle pas du point douloureux urétéro-rénal, de la douleur ovarienne, des points hystérogènes, etc.

Tous ces points, et en particulier l'appendiculaire, ont-ils la précision topographique et l'importance diagnostique qu'on leur attribue ? Je ne le pense pas; car il y a dans la recherche de ces points une cause d'erreur, à laquelle les médecins ne songent pas, bien que, depuis plus de vingt ans (1), j'appelle l'attention sur cette cause. Je montrais tous les jours à mes élèves avec quelle facilité on provoque chez tous les sujets impressionnables — je ne dis pas hystériques, mais simplement impressionnables, comme tous les malades, et même les bien portants le sont — des points ou des zones douloureuses, rien qu'en les cherchant. J'ai constaté, par exemple, que la douleur de l'ulcère rond de l'estomac, xiphoïdienne et rachidienne, si bien décrite par Rokitansky et Cruveilhier, et admise sans conteste par tous les auteurs, n'existe pas dans la majorité des cas, mais est créée facilement par l'exploration médicale qui la cherche. J'ai montré que la sensibilité de la fosse iliaque droite dans la fièvre typhoïde est aussi le plus souvent un produit d'exploration médicale et peut aussi bien être créée à gauche. J'ai montré que l'ovaralgie et les autres points hystérogènes peuvent être créés « ad libitum » sur toutes les régions de l'abdomen. Les douleurs diverses et points douloureux de la pleurésie diaphragmatique, établis par Guéneau de Mussy, n'existent pas avec cette précision en dehors de l'exploration médicale et peuvent être créés, sans pleurésie diaphragmatique, chez beaucoup de sujets impressionnables.

Les points douloureux névralgiques de Valleix, sauf ceux correspondant à l'émergence des nerfs par un orifice sur un plan osseux, n'ont pas la précision topographique qu'ils ont dans les livres classiques et peuvent être localisés ailleurs par l'exploration. A ma clinique, je montrais tous les jours à mes élèves, sur tous les sujets impressionnables, hommes ou femmes, l'ovaralgie, la douleur de l'ulcère rond, les points de Guéneau, de Mussy, le point de Mac Burney, même à gauche, et cela, je le répète, par la simple recherche, sans insister, sans suggestion apparente. Il faut bien qu'on le sache.

Voci, par exemple, un malade qui a une sensibilité douloureuse plus ou moins intense dans la fosse iliaque droite, qu'elle soit intestinale, appendiculaire, musculaire, rhumatismale, nerveuse, etc. Si, dans cette zone sensible, je choisis un point « ad libitum », le point de Mac-Burney, le point de Lanz, le point iliaque, le point mésentérique, un point para-ombilical, la région ovarienne, et que je presse particulièrement ce point plus ou moins profondément, le malade accusera là une douleur plus intense. Si j'insiste quelque peu, en disant : « C'est là qu'est la douleur », il répond affirmativement et contracte douloureusement la face. Si je répète plusieurs fois cette exploration, la douleur reste inscrite et fixée sur ce point, spontanément accusée. Je puis ainsi, si c'est une vraie appendicite, fixer la douleur au point de Mac Burney, au point de Lanz, au point para-ombilical, sus-pubien, sus-inguinal, etc. J'aurai greffé sur une région atteinte de sensibilité diffuse une exagération de douleur suggestive sur un point déterminé par moi.

La douleur produite ainsi sur ce point par l'exploration médicale se perfectionne souvent tous les jours, au moins tant qu'existe la sensibilité diffuse sur laquelle on la greffe; elle pourra être tellement vraie qu'on ne peut plus la détruire aisément par suggestion, tellement intense et impressionnante pour le sujet qu'il la craint à distance, et qu'il suffit de frôler la peau dans son voisinage pour qu'il manifeste une hyperesthésie anxieuse, avec une réaction musculaire de défense, pour l'éviter.

Ce n'est pas là un fait exceptionnel : il est presque constant. Le médecin fait, sans s'en douter, de la suggestion médicale inconsciente. Ceux qui explorent l'abdomen et constatent un point douloureux qu'ils retrouvent constamment avec une précision parfaite, que d'autres retrouvent après eux, ne peuvent soupçonner qu'ils l'ont fabriqué. Ils disent : « Mais je n'ai rien dit devant le malade, je ne lui ai pas fait de suggestion; je n'ai fait que chercher et j'ai trouvé. » Ils ne savent pas qu'ils ont trouvé parce qu'ils ont cherché. Et ils trouvent d'autant plus facilement qu'ils cherchent avec conscience et méthode, suivant les préceptes des maîtres.

« A l'examen du malade, — dit Dieulafoy, le clinicien qui a le mieux étudié l'appendicite, — — il se peut que le ventre soit endolori en différentes régions, notamment à la région épigastrique, mais si l'examen est pratiqué avec méthode et précision, c'est à la région appendiculaire, au point de Mac Burney que se précise la triade douloureuse : douleur très vive et exaspérée par la pression, défense musculaire et hyperesthésie cutanée. Si l'on examine avec soin le visage du malade pendant qu'on pratique méthodiquement le palper abdominal, on voit ses traits se contracter, et une sorte d'angoisse est peinte sur la figure au moment où l'on exerce une pression même peu forte sur la région appendiculaire. » Le tableau est exactement le même lorsque j'ai créé un point douloureux quelconque « ad libitum » et consciemment.

Qu'on me permette une courte digression, qui n'en est pas une, parce qu'elle concerne notre thèse.(1) Beaucoup de médecins se figurent encore que suggestion veut dire hystérie, ou que, pour faire de la suggestion, il faut parler au sujet avec une certaine mise en scène ou au moins avec une certaine assurance, pour l'impressionner. Ils ne savent pas que nous faisons et subissons des suggestions tous les jours à notre insu, que bien des peudo-vérités sont accréditées par des hommes de science par suggestion inconsciente. Quand les médecins du monde entier acceptaient la doctrine de l'hypnotisme en trois phases et croyaient la vérifier, quand ils acceptaient et contrôlaient les transferts par l'aimant, quand des savants de premier ordre, membres de l'Institut, croyaient rendre une justice tardive à Burck en confirmant l'efficacité esthésiogène de la métallothérapie, qui est purement suggestive, ils ne se doutaient pas qu'ils faisaient de la simple suggestion, à leur insu.

Je cite encore un exemple personnel, bien suggestif.

J'avais reconnu depuis longtemps que l'hémi-anesthésie sensitivo-sensorielle des neurasthéniques et des hystériques était purement psychique, identique à celle que je créais expérimentalement par suggestion. Cependant, comme tous les médecins, je croyais encore à l'existence spontanée de cette hémi-anesthésie chez les hystériques, et je cherchais à en découvrir l'origine. Alors, dans toutes les observations personnelles relatées dans mes livres (voir : De la suggestion et de ses applications à la thérapeutique, 1881; Hypnotisme, suggestion, psychothérapie, 1re édition, 1891), je constatais une hémi-anesthésie sensitivo-sensorielle très nette, avec un champ visuel caractéristique. Or, cette hémi-anesthésie que je croyais due à la maladie était due à mon exploration; je la créais moi-même comme tous les médecins, sans m'en douter, rien qu'en la cherchant; j'extériorisais chez les hystériques ma propre conception erronée, qui était classique; je ne croyais pas faire de suggestion, et cependant j'en faisais, comme les autres médecins moins familiers que moi avec elle. La preuve, c'est que depuis quinze ans je n'ai plus vu un seul hystérique, sans exploration antérieure ,présenter cette hémi-anesthésie, parce que j'ai appris à me défier de moi-même et à ne plus en faire.

Au lieu de faire de l'hémi-anesthésie chez les hystériques, j'aurais aussi bien pu prodnire de l'hémi-hyperesthésie comme un symptôme constant de l'hystérie et de la neurasthénie.

On comprend maintenant et on le comprend surtout si on veut faire l'expérience, qu'il est facile, à son insu, de créer un point douloureux dans l'abdomen, et surtout dans un abdomen réellement sensible.

On comprend que Keith, cité par Lejars, sur 27 étudiants ait trouvé 24 fois une sensibilité très nette au point de Mac-Burney ou dans son voisinage immédiat.

On comprend aussi que l'assistant de Morris, cité par le même auteur, sur 115 opérés examinés quelques mois après l'opération, ait trouvé encore, chez 26, le point douloureux.

La conclusion pratique de ce qui précède est celle-ci : si on veut chercher exactement le siège d'une douleur ou d'un point douloureux chez un malade, du point appendiculaire, par exemple, il faut se défier de soi-même et éviter tout élément suggestif qui pourrait l'influencer.

Voici un malade qui accuse spontanément de la douleur dans la fosse iliaque droite. Avant de l'explorer moi-même, je lui dis de mettre sa main sur la région douloureuse et de m'en dessiner avec son doigt la surface et les contours sur la peau. Cela fait, je lui dis de me montrer le siège où la douleur est la plus grande; s'il ne le sent pas spontanément, je lui dis de chercher ce maximum en pressant avec l'extrémité dn doigt successivement toute la région sensible, légèrement d'abord, puis un peu plus fort, et de m'indiquer le ou les points particulièrement douloureux à cette pression; je le laisse ainsi chercher et signaler par lui-même, sans que j'intervienne ni par la parole, ni par la main, dans cette auto-exploration.

Ces points ainsi notés par moi, je le fais répéter, après quelque temps de repos, le lendemain par exemple; et je m'assure ainsi si les points douloureux prédominants sont les mêmes ou s'ils sont autres, car le malade, outre les suggestions qu'il reçoit de l'hétéro-exploration, est sujet à des suggestions personnelles. Son impressionnabilité est variable suivant les moments; certains points sont sensibles à de

(1) Hypnotisme, suggestion, psychothérapie, 1re édition 1891 et suivantes. Paris, O. Doin.

(1) Voir Thèse du Dr Amselle. — Conception de l'hystérie (Nancy 1907); thèse du Dr Blum. — Des anesthésies nerveuses psychiques ou hystériques (Nancy 1906).

certains instants et ne le sont pas à d'autres; des réflexes on propagations de douleurs à distance, variables suivant cette impressionnabilité du moment, peuvent aussi se produire. Ce n'est que si ces points maximum de douleur sont constants à chaque auto-exploration, que le médecin peut les accepter comme réels et en tirer des conclusions.

Beaucoup de malades sont trop anxieux pour faire cette recherche et fournir des indications. Alors je la fais moi-même. Je cherche, par l'application de ma main, les régions sensibles, en commençant cette application par celles qui ne doivent pas l'être, en arrivant ensuite à celles qui le sont. Si l'application simple de la main ne révèle pas la sensibilité, je pratique une palpation très superficielle d'abord, puis plus profonde. La sensibilité diffuse ainsi déterminée, je cherche les points douloureux prédominants, s'ils existent; et, pour cela, je fais la pression digitale légère, puis plus profonde, sur les divers points de la région sensible, en commençant plutôt par les points qui ne sont pas les points classiques; j'exerce sur tous ces points la même pression, et comme durée, et comme intensité, de façon à ce que le sujet ne puisse tirer aucune induction suggestive de mon mode d'exploration, et je note ainsi le ou les points douloureux observés. Par cette exploration méthodique, le sujet n'est pas influencé psychiquement par moi; il ne peut affirmer que la douleur réelle ou celle qu'il peut encore se suggérer à lui-même. Aussi je répète plusieurs fois ce mode d'exploration, comme le précédent, pour bien m'assurer que les résultats sont constants.

Souvent je complète cet examen par l'artifice suivant. Au lieu de presser le point de MacBurney, je presse un point quelconque, par exemple para-ombilical ou sus-inguinal, pris dans la région sensible, et je dis : « C'est bien le siège de la douleur ». Souvent le sujet suggestionné réagit douloureusement. Alors je presse de la même façon le point de Mac-Burney en disant simplement : « Ici il n'y a pas de douleur ». Le sujet peut ne pas en manifester, même si je continue à presser très profondément. Si je reviens alors au premier point suggestionné, la douleur y est très nette, et y reste les jours suivants, exagérée chaque fois que je touche à ce niveau. Dans ce cas, que j'ai observé très fréquemment, je suis certain, de par cet examen décisif, que cette douleur est suggestive et que le point dit appendiculaire, soi-disant pathognomonique, n'existe pas chez le sujet, ce qui ne veut pas dire que l'appendicite n'existe pas. Mais j'aurais aussi bien pu créer ce point appendiculaire. Ainsi en est-il de toutes les douleurs; toutes doivent être interrogées par ce procédé, pour ne pas être suspectes de mixture suggestive, grosse d'erreurs.

Pour ce qui est de l'appendicite, je crois pouvoir conclure, après les nombreuses explorations que j'ai faites :

Il n'est pas démontré que la douleur déterminée par pression sur le point de Mac-Burney ou de Lanz même avec une zone d'hyperesthésie cutanée et la défense musculaire, soit caractéristique d'une appendicite.

C'est sur d'autres symptômes, parmi lesquels la douleur dans la région iliaque droite, sans cette localisation précise que le chirurgien doit se guider pour faire l'opération souvent nécessaire et qui a sauvé tant d'existences.

Usage du téléphone pour le diagnostic à distance des maladies du cœur, par le Dr Brown (*Sem. méd.*).

On sait qu'il existe un stéthoscope électrique qui triple l'intensité des bruits du cœur tels qu'ils sont entendus avec le stéthoscope ordinaire. M. *Brown* vient d'inventer un relais, grâce auquel cette intensité devient vingt fois plus forte ; le patient et toutes les personnes qui se trouvent dans la même chambre entendent très nettement ces bruits avec tous leurs détails. Bien mieux, la transmission à distance pourrait s'opérer par l'intermédiaire du téléphone ordinaire, de sorte qu'il serait possible de faire percevoir à un médecin — qui n'aurait pas ainsi à se déranger — les bruits du cœur d'un malade habitant loin de lui.

REVUE DE CHIRURGIE

Le traitement des fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus, par le Dr Mauclaire, Chirurgien de l'hôpital de la Charité.

Le traitement est important à préciser, car il n'est pas le même pour toutes les variétés de fractures. S'il s'agit d'une fracture sus-condylienne transversale, dans ce cas pas de doute : il faut ne pas hésiter à immobiliser le membre dans une gouttière plâtrée en légère flexion et demi-pronation. Au bout de vingt jours d'immobilisation, vous commencerez à faire progressivement des petits mouvements de flexion et d'extension.

En ce qui concerne les autres variétés de fractures en T, oblique externe, oblique interne étant donné que le déplacement est peu marqué, pour éviter la raideur articulaire si fréquente il faut masser, mais il ne faut pas pratiquer un massage intempestif. M. Kirmisson dit avec raison que, chez les enfants, il faut être très sobre du massage pour ne pas irriter le périoste. C'est dans les cas où on a fait du massage intempestif qu'on voit survenir la rétraction du bras sur l'avant-bras, un gros cal est quelquefois un ostéome. En somme, il faut faire un massage prudent et opportun pour entretenir les mouvements articulaires.

Quand on se trouve en présence d'une variété de fracture comminutive par éclatement avec 4,5 fragments qui divergent un peu dans toutes les directions, quel traitement faut-il appliquer ?

La fixation transversale à l'aide de tiges d'ivoire a été faite par MM. Lambotte et Tuffier.

Ne pourrait-on pas, dans ces cas, faire une *hémirésection orthopédique* ?

En ce qui me concerne, chez un malade que j'ai soigné à l'hôpital Dubois pour une fracture comminutive de l'épiphyse humérale inférieure, j'ai fait une *hémirésection humérale*. Le malade a très bien guéri, on l'a mobilisé de très bonne heure.

A la Société de chirurgie, où j'ai présenté ce malade, M. Championnière m'a déclaré que, d'après lui, le *massage précoce* aurait également donné un bon résultat.

Effectivement, ici même, à l'hôpital de la Charité, nous avons eu un blessé présentant une fracture de cette variété avec plusieurs fragments : le massage précoce a aussi donné un bon résultat.

La question n'est donc pas encore bien tranchée.

Traitement des complications. — Supposons qu'il existe une ankylose totale par cal vicieux. Dans ce cas si, après examen au chloroforme, les mouvements de l'articulation sont très limités, il faut faire l'*hémirésection* de l'extrémité inférieure de l'humérus.

Si un *gros cal* comprime le nerf cubital, il faut l'inciser, libérer le nerf et le dégager des surfaces osseuses qui le compriment.

S'il y a un ostéome, des ostéophytes, il faut attendre un peu pour voir si l'ostéome ne diminue pas de volume ; s'il est gênant, il faut l'enlever et pratiquer une hémirésection orthopédique complémentaire. Pour compléter celle-ci, on peut faire une interposition musculaire ou tendineuse afin d'éviter le retour de l'ankylose.

Dans quelques cas, on a voulu faire la régularisation du cas, l'ostéotomie du cal, l'ostéotomie oblique externe ou oblique interne, mais cette ostéotomie ne vaut pas l'hémirésection.

Traitement du décollement épiphysaire. — Contentez-vous de réduire la fracture, et immobilisez le membre en légère flexion et légère pronation ; ne faites que des massages tardifs pour ne pas provoquer l'apparition d'un gros cal et d'ostéomes. Chez l'enfant, ayez toujours présente à l'esprit la fréquence de cette complication.

L'asepsie par l'iode, cause possible d'iléus post-opératoire en chirurgie abdominale.

Comme la plupart des chirurgiens à l'heure actuelle, M. Propping a adopté, pour la désinfection du champ opératoire, les badigeonnages à la teintude d'iode. Il en a obtenu pleine satisfaction au point de vue de l'asepsie, mais il fut, cependant, frappé par ce fait que, sur 70 appendicectomies qu'il pratiqua, après désinfection des téguments abdominaux par la dite méthode, 6 furent suivies d'iléus par coudures ou adhérences intestinales, tandis que, dans une série de 800 appendicites opérées par l'auteur avant l'emploi du procédé de désinfection par l'iode, l'iléus ne se montra que 5 fois.

Simple coïcidence ? L'auteur ne pense pas, étant donnée l'aptitude bien connue de l'iode à provoquer la formation d'adhérences entre les surfaces séreuses. M. Propping estime donc que le contact des intestins avec une surface cutanée, badigeonnée d'iode — contact qui se produit pendant l'éventration opératoire — pourrait bien déterminer le développement subséquent d'adhérences, de condures intestinales, donc de l'iléus.

D'ailleurs, quelques recherches expérimentales que l'auteur entreprit paraissent confirmer cette supposition.

Place-t-on sur une peau badigeonnée d'iode, une demi-heure auparavant, un tampon de coton humecté de solution physiologique de chlorure de sodium et recouvert d'une bande amidonnée humide, on voit cette dernière prendre très rapidement une coloration bleue intense, signe d'absorption d'iode.

Un fragment d'intestin animal (on un appendice humain qu'on vient d'enlever) placé sur une peau badigeonnée de teinture d'iode, donne vite cette même réaction caractéristique.

Un champ opératoire badigeonné d'iode se décolore presque complètement vers la fin de l'opération, surtout si l'on fait des irrigations salines. L'iode pénètre donc rapidement dans les tissus.

Injecte-t-on à un chien, dans la cavité péritonéale, 20 gouttes de teinture d'iode dans 20 cc. d'eau salée physiologique stérilisée, on trouve, au bout de quarante-huit heures, de nombreux accolements fibrineux du péritoine au foie et à l'estomac.

Cela étant, la désinfection de la peau par la teinture d'iode ne semble pas être un procédé irréprochable en chirurgie abdominale, puisqu'elle n'exclut pas la possibilité d'une action nocive sur l'intestin. De ce fait, il est nécessaire d'éviter soigneusement, dans les opérations sur l'abdomen, tout contact de la masse intestinale éventrée avec les téguments imprégnés d'iode et, pour ce faire, interposer entre elle et la peau des compresses imbibées de solution physiologique chaude de chlorure de sodium.

La mâchoire à ressort

Un médecin militaire, M. Dejouany, a décrit récemment une curieuse affection à laquelle il a donné le nom de mâchoire à ressort ; pour

exceptionnelle qu'elle paraisse. elle vaut d'être connue.

Certes les mâchoires qui « craquent » ne sont pas rares, mais on ne saurait confondre pareils craquements avec la mâchoire à ressort; ce qui caractérise « le *ressort* », ici, comme aux phalanges, comme à la hanche, c'est le ressaut, net et brusque, le déclanchement qui se produit dans tel mouvement, à tel degré du mouvement, et qui se produit deux fois, à l'aller et au retour, dans la flexion et l'extension, dans l'abaissement et l'élévation de la mâchoire et toujours au même point.

Le cas observé par M. Dejouany était, du reste, des mieux caractérisés à ce point de vue. Il s'agissait d'un soldat de vingt et un ans, et les accidents dataient d'une année, le début en avait été brusque sans traumatisme. Toutes les fois que la bouche s'ouvrait et que les arcades dentaires s'écartaient de 2 centimètres, on sentait au doigt appliqué sur l'articulation temporo-maxillaire, un ressant très accusé, on voyait du reste le relief condylien se dessiner fortement en avant, et surtout l'on entendait jusqu'à 7 ou 8 mètres de distance, un gros bruit de craquement. Quand la bouche se refermait, il ne se produisait aucun bruit, mais on percevait nettement, au niveau de l'interligne, un choc, un ressaut, qui même retardait un peu sur le moment où les arcades dentaires revenaient au contact. Ce double déclanchement était génant plutôt que douloureux, mais la gêne était très pénible pour le sujet et pour l'entourage, par suite de la répétition du gros craquement; aussi le jeune homme s'efforçait-il « de parler et de manger » entre ses dents, suivant l'expression de M. Dejouany, pour éviter d'abaisser sa mâchoire jusqu'au point où elle faisait ressort.

Trois observations analogues ont été précédemment publiées par Lanz (Amsterdam) qui avait réuni ces trois faits sous le nom de *Discitis mandibularis*, dénomination empruntée à la pathogénie, car il paraît démontré que le disque, le ménisque intra-articulaire est principalement en cause.

Toutefois, comme le signale M. Dejouany, on ne trouve, dans la mâchoire à ressort, rien qui rappelle la discite, la méniscite, telle qu'elle s'observe au genou par exemple. Il s'agit d'une subluxation du ménisque, dont les *retinacula* normaux sont en tel ou tel point, relâchés ou manquants, la subluxation se produit en dehors ou en avant.

Dans deux des cas signalés par lui, M. Lanz intervint et l'intervention fut suivie de guérison.

Il ouvrit l'articulation temporo-maxillaire par une courte incision horizontale, parallèle au bord déclive de l'apophyse zygomatique; il reconnut alors que, dans l'abaissement de la mâchoire, le ménisque se déplaçait anormalement en avant, il chercha même la rupture ligamentaire, sans la trouver et prit le parti d'exciser purement et simplement le ménisque subluxé.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Le traitement du choléra épidémique, d'après M. le Professeur Grasset (de Monpellier) et M. le Docteur Vodel.

I. — Diarrhée prémonitoire

Signes cliniques. — En temps d'épidémie, diarrhée sans fièvre, abondante, séreuse.

1. Repas très surveillés, à heures absolument fixes, uniquement composés de viandes grillées ou rôties, œufs à la coque, purées de lentilles, fruits cuits. — Ni fruits crus, ni salades, ni bouillon.

2. A chaque repas, prendre un ou deux cachets contenant:

Benzonaphtol	0 gr. 50
Benzoate ou oxyde de bismuth	0 gr. 50

Pour un cachet n° 40.

et, dans l'intervalle des repas, boire, par gorgées, un 1/2 litre à 1 litre par vingt-quatre heures de:

Acide lactique	10 grammes
Rhum	40 —
Sirop de coings	100 —
Eau	q. s. pour 1 litre

3. Si cela ne suffit pas, prendre, après chaque selle, un quart de lavement d'eau boriquée (à 2 pour 100) ou d'eau bouillie additionnée de VIII gouttes de laudanum de Sydenham précédé par une large irrigation, avec le tube de Faucher, dans l'intestin avec une solution chaude d'acide tannique (5 à 10 grammes par litre avec 30 à 50 grammes de gomme arabique).

Cette irrigation pourrait être aussi faite avec une solution de thymol à 1 pour 1000.

II. — Choléra confirmé

Signes cliniques. — Diarrhée très fréquente avec selles riziformes, vomissements, crampes dans les jambes, anurie, refroidissement, pouls petit, soif, voix cassée, figure creusée... collapsus.

1. Lait glacé additionné de rhum ou de cognac et champagne frappé comme seule boisson alimentaire: quelques cuillerées toutes les heures. Souvent même, il vaut mieux la diète alimentaire absolue.

2. Boire par gorgées, dans les vingt-quatre heures, un ou deux litres de:

Acide lactique	10 grammes
Rhum	40 —
Laudanum de Sydenham	XXX à XL gouttes
Sirop de coings	100 grammes
Eau	q. s. pour 1 litre

et donner, après chaque selle, un quart de lavement chaud amidonné à 10 grammes et laudanisé à VI gouttes.

3. Frictionner énergiquement les membres à la brosse de flanelle. Continuer cela très patiemment, pendant très longtemps, sans se décourager et sans interrompre. Bouillottes d'eau chaude le long du corps.

4. Si cela ne suffit pas, donner des bains chauds à 38° et faire dans la journée deux à huit injections hypodermiques d'éther pur ou camphré à 1 pour 10, ou deux injections hypodermiques de un demi-litre de sérum artificiel.

5. En cas d'insuccès de tous ces moyens, injection intraveineuse de un à deux litres de sérum artificiel.

6. Après l'injection intra-veineuse, une saignée de 300 grammes peut rendre de grands services, surtout s'il y a symptômes d'urémie.

III. — Réaction

Signes cliniques. — Peau chaude, urine rétablie *(albumine)*, fièvre; congestions viscérales.

1. Donner toutes les deux heures, une tasse de lait glacé (diminuer et supprimer l'alcool qu'on y ajoutait).

Continuer la limonade lactique: un demi-litre à un litre par vingt-quatre heures.

2. Diminuer les bouillottes et les couvertures, mais les conserver encore autour des jambes et des pieds.

Appliquer, s'il y a lieu, des sinapismes sur les membres inférieurs.

3. Prendre la température toutes les trois heures.

S'assurer souvent, avec la main, de la température des extrémités, et reprendre le traitement II (notamment les frictions) au moindre signe de retour offensif du mal.

IV. — Convalescence et suites

Signes cliniques. — Anémie; troubles dyspeptiques, parfois tenaces (gastriques ou intestinaux); neurasthénie; paralysies post-infectieuses.

Surveiller le régime de très près et pendant très longtemps; lait exclusif pendant longtemps; puis œufs, viandes blanches, etc.

S'il y a une constipation trop opiniâtre, donner un lavement ou mettre un suppositoire à la glycérine.

Si la dyspepsie persiste ou reparait, donner longtemps, à chaque repas, un cachet contenant:

Benzonaphtol	0 gr. 50
Benzoate de bismuth	0 gr. 50

Pour un cachet n° 40

et, suivant le cas (douleur ou atonie), une cuillerée de:

Eau chloroformée saturée	150 cc.
Eau de tilleul	100 —
Sirop de fleur d'oranger	50 —

ou une cuillerée à café de:

Sulfate de strychnine	0,05 centigr.
Eau distillée	100 cc.

S'il y a de la neurasthénie post-scholérique, hydrothérapie: d'abord lotions froides, tous les matins, à l'éponge, sur tout le corps, sauf la tête, suivies d'une friction sèche et d'une promenade.

Plus tard, douche froide, quotidienne, de 20 à 30 secondes, en jet brisé, sur tout le corps, sauf la tête, suivie comme la lotion.

V. — Précautions générales à prendre autour du malade

Surveiller beaucoup le régime: ne rien ingérer qui n'ait été soumis à une température de plus de 60°; ne boire que de l'eau récemment bouillie. Eviter les refroidissements et le surmenage. Traiter immédiatement la diarrhée.

Ne pas prendre de purgation, sauf en cas d'absolue nécessité; le vomitif n'a pas les mêmes inconvénients, s'il est d'autre part indiqué.

Isoler le malade et prendre en même temps toutes les mesures générales de désinfection pour les déjections, les linges, les personnes et les locaux.

Comme boisson habituelle, entre les repas, en temps d'épidémie nous recommandons la mixture suivante:

Acide lactique	10 grammes
Sirop de coings	100 cc.

On met dans un verre d'eau stérilisée deux cuillerées à café de ce mélange et une ou deux cuillerées à café de rhum. — On y ajouterait même VI à VIII gouttes de laudanum, s'il y avait déjà de la diarrhée.

Comme provision, à la campagne notamment, il faut avoir un flacon d'acide lactique, et alors on prépare extemporanément la mixture suivante:

Pour un litre d'eau, 10 grammes ou deux cuillerées à café d'acide lactique, 40 grammes ou deux veres à liqueur de rhum, 100 grammes ou cinq cuillerées de sirop de coings.

On ajoute à ce litre de limonade liquide, XXX à XL gouttes de laudanum, s'il s'agit de traiter un adulte malade et non plus seulement faire prendre une boisson hygiénique.

REVUE D'HYDROLOGIE

Demande d'autorisation

Une demande d'autorisation a été présentée à l'Académie de médecine pour une source dite « La Roumaise », située à Vieux-Port (Eure).

Cette demande a été renvoyée à l'examen de la Commission des eaux minérales.

Rapports sur des demandes d'autorisation

Conformément aux conclusions d'un rapport de M. Meillière, présenté au nom de la Commission permanente des eaux minérales, l'Académie a repoussé une pétition de la Société des Eaux et Sels de Médiana, d'Aragon (Espagne) pour obtenir l'autorisation d'introduire et de vendre en France l'eau de la source « El Pilar ».

Le motif du rejet est que l'eau du puits El Pilar est d'origine superficielle et peut être facilement souillée.

Une pétition du Gouvernement russe pour obtenir l'autorisation d'introduire et de vendre en France les eaux minérales des sources « Narzan », « Essentouki » (n. 17 et 20) et « Bataline » a été accueillie par la Commission permanente, les conditions actuelles de captage et de minéralisation des quatre sources précitées donnant toutes les satisfactions exigibles.

L'autorisation sollicitée est accordée pour trente années. Les eaux devront être embouteillées sans décantation, ni gazéification, à la source même.

REVUE D'HYGIÈNE

La question des rats

Au Congrès international de la marine tenu à Copenhague, en 1902, sous la présidence de M. Jules-Charles Roux, la question des rats fut soulevée par une communication faite par le conseiller de justice Zuschlag, président du Comité pour la destruction légale des rats en Danemark. Sur la proposition de MM. les docteurs Langlois, agrégé de la Faculté de médecine de Paris et Loir, professeur à l'Ecole nationale supérieure d'agriculture coloniale, l'ordre du jour suivant fut voté par ce Congrès de 1902 :

« Considérant les dégâts causés par les rats, l'intérêt qui s'attache au point de vue de l'hygiène à la disparition de ces animaux dans tous les pays du monde, le Congrès international de la marine, réuni à Copenhague, est d'avis qu'il y a lieu de répondre à l'appel du Comité pour l'extermination légale des rats en Danemark, et décide, en conséquence, d'aider dans la mesure de ses moyens, à l'extension internationale des mesures prises par le Comité danois. »

La conséquence de ce vote fut la constitution immédiate d'une *Association internationale pour la destruction rationnelle des rats*, sous la présidence de MM. Christensen, manufacturier à Copenhague, et le docteur Loir, et ayant comme secrétaire général le professeur Oesterby, de Copenhague.

Cette association a pour but de faire connaître les dégâts causés par les rats, de démontrer l'utilité qu'il y aurait à en poursuivre la disparition et de provoquer la mise en vigueur, dans les divers pays, des moyens de destruction.

Sans parler des récoltes qu'ils dévastent, des poulaillers qu'ils dépeuplent, ces rongeurs s'introduisant dans les magasins et les entrepôts, se nourrissent de toutes sortes de marchandises, en abîment, en gaspillent une énorme quantité. On compte, en Danemark, qu'un rat consomme en un jour pour environ 14 centimes de marchandises. A bord des bateaux qui apportent des chargements de café, on estime que souvent ils font 8 à 10.000 francs de dégâts. Les sacs qui contiennent du café sont souvent au nombre de 70 à 80.000 dans un chargement. Sur ce chiffre, ils éventrent 8 à 10.000 sacs. Le café se répand dans la cale, les différentes espèces se mélangent, il faut raccommoder les sacs, trier le café. De là une dépense d'environ 1 franc par sac. M. le docteur Bang, directeur du Collège d'agriculture de Copenhague, qui est membre du Comité de destruction des rats, disait récemment que, non seulement les rongeurs sont les agents de propagation de la peste, de la fièvre aphteuse, mais encore ceux du rouget des porcs, et probablement de la tuberculose et de bien d'autres maladies de l'homme ou des animaux.

Dernièrement, à bord d'un bateau anglais qui n'avait qu'une année de construction, on a tué 1.600 rats. Il est vrai que ce navire transportait du bétail et du fourrage. En Danemark, on a cherché à établir le compte total des pertes occasionnées par les rats, et d'après M. Zuschlag, on arriverait au chiffre de 15 millions de francs en une seule année. Comme la population du Danemark est de 2 millions 500.000 habitants, c'est un tribut de 6 francs par tête et par an.

Les rats sont dans nos pays européens depuis dix siècles environ, mais depuis peu d'années, la pullulation de ces animaux, qui se fait avec une progression effrayante, prend le caractère d'un véritable fléau. En Danemark, le rat noir domestique (*mus rattus* L.), répandu partout autrefois, a complètement disparu ; il a été refoulé et détruit par le rat immigrant (*mus decumanus Pall.*) que l'on trouve maintenant partout. Vers l'année 1727, ce dernier rat est parti de l'Inde ou de la Perse, d'où il a émigré en Europe. Des multitudes de ces animaux passèrent le Volga à la nage. En 1750, ils apparurent sur la frontière orientale des pays allemands.

En Angleterre, les rats ont aussi leur histoire.

On trouvait autrefois à Londres des petits rats noirs indigènes. Peu à peu ceux-ci ont été remplacés par des rats plus gros, de couleur grise, venus de Norvège. Puis ces derniers, à leur tour, ont fait place à des rats d'Orient qui arrivaient à bord des bateaux de Smyrne et du golfe Persique, un peu plus gros que les rats gris, mais beaucoup plus foncés, sans l'être cependant autant que les anciens rats noirs indigènes.

Vers 1858, les petits rats noirs indigènes avaient disparu de l'Angleterre. Toutefois, on en trouvait encore en Ecosse, dans les écuries ; mais bientôt ils disparurent à leur tour, remplacés par les rats gris de Norvège, qui envahirent d'abord les docks des grands ports, et se répandirent dans toute l'Angleterre et dans toute l'Ecosse.

Ces rats norvégiens ont été chassés à leur tour par les rats d'Orient, qui apparurent d'abord dans les docks de Londres et de Liverpool, ports ayant le plus de relations avec l'Orient. Dans les rapports du directeur de la santé du port de Londres, on trouve que certain dock, comme celui de Milwal, est rempli de rats : qu'on ne peut traverser ce dock sans en voir plusieurs se sauver. Ils sont de deux espèces : les rats gris et les gros rats foncés d'Orient. On en capture plusieurs centaines chaque semaine dans cet endroit.

Dans l'intérieur du pays, les rats foncés d'Orient n'ont pas encore pénétré et on ne trouve que des rats gris. Ces rats de différentes espèces, ne fusionnent pas entre eux. On les trouve en même temps dans les mêmes magasins des docks, mais on dit qu'ils se font la guerre. Ils colonisent, comme disent les Anglais, ce qui équivaut à dire que les plus forts font disparaître les plus faibles.

Dans les bateaux frigorifiques, les rats prennent une fourrure épaisse et peuvent vivre dans les endroits les plus froids du navire ; on trouve, paraît-il, des nids contenant des petits dans les carcasses des animaux congelés.

En France, au Havre en particulier, le rat noir ne se trouve plus que dans la campagne ; il a disparu devant le surmulot ; sa longueur totale est de 0 m. 36 centimètres dont 16 centimètres pour la queue. Il a la queue et les oreilles longues. Le rat surmulot, ou *mus decumanus* a la queue plus courte que le corps et les oreilles petites égalant le tiers de la tête. Il eut vite raison du rat noir qu'il a chassé ou mangé. Il s'est emparé des égouts, marchés, caves, docks. Il s'introduisit en France par le Havre vers 1735. Sa longueur totale est de 50 centimètres ; la tête et le corps ont 31 centimètres et la queue 19 centimètres.

La femelle du rat a des portées de sept à neuf petits ; on trouve des femelles qui en mettent bas jusqu'à quatorze. Les portées se répètent trois fois par an ; enfin un raton de trois mois est déjà à même de se reproduire. Grâce à M. Zuschlag et au Comité danois, ces notions ont été répandues à Copenhague et dans les provinces par des conférences, des articles de journaux ; une exposition de tous les engins et moyens destinés à détruire les rats a été inaugurée à Copenhague.

CARNET DU PRATICIEN

Accès de migraine simple

Antipyrine	0 gr. 50
Bicarbonate de soude	0 gr. 25
Valérianate de caféine	0 gr. 05

Un cachet répété au bout d'une heure si la douleur persiste.

Antipyrine	0 gr. 50
Bicarbonate de soude	0 gr. 25
Citrate de caféine	0 gr. 10
Sulfate de spartéine	0 gr. 02

Deux à quatre cachets.

Antipyrine	0 gr. 50
Bicarbonate de soude	0 gr. 25
Chlorhydrate de quinine	0 gr. 10
Valérianate de caféine	0 gr. 02

Deux à trois cachets.

Piqûre de moustiques

Déposer sur la région piquée une goutte de la préparation suivante :

Menthol	0 gr. 20
Térébenthine	1 gramme
Huile de ricin	1 —
Collodion élastique	18 —

M. Hoffmann conseille encore un autre médicament qui se serait montré des plus efficaces au cours d'une expédition en Argentine ; il s'agit du naphtalan, corps brun, de la consistance du savon.

Epithélioma du prépuce

Saupoudrer la plaie avec du chlorate de potasse pulvérisé. Appliquer des compresses imbibées de :

Chlorate de potasse	25 grammes
Résorcine	2 gr. 50
Eau	250 grammes

Ou panser avec :

Résorcine	1 gramme
Chlorate de potasse	2 —
Vaseline	20 —

BROCQ.

Formules de sels mercuriels solubles

On peut, par l'addition de saccharose, augmenter la tolérance à l'égard des injections mercurielles solubles. On formulera :

Benzoate de mercure récent	1 gramme
Chlorure de sodium pur	1 —
Saccharose pure	10 —
Eau stérilisée, q. s. p.	100 cc.

ou

Biiodure de mercure récent	1 gramme
Iodure de sodium sec et pur	1 —
Saccharose pure	10 —
Eau stérilisée, q. s. p.	100 cc.

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 17.500 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 35, rue J.-J. Rousseau

Le Gérant : Docteur LUCIEN GRAUX.

ÉCHOS

Professeurs de clinique.

Les chirurgiens et médecins des hôpitaux dont les noms suivent sont délégués pour l'année 1911-1912 dans les fonctions de chargés de cours de clinique : MM. Petit, à l'Hôtel-Dieu; Mauclaire, à la Charité; Vaquez, Lejars, Ricard, Doléris, à Saint-Antoine; Rochard, à Saint-Louis; Rénou, Routier, à Necker; Schwartz, à Cochin; Bazy, Tuffier, à Beaujon: Brault, Lannois, Legendre, Sébileau, Picqué, à Lariboisière; Barré, Bourcy, Leguen, à Laënnec; Méry, Broca, aux Enfants-Malades; Walther, Potocki, à la Pitié; Lepage, à Boucicaut; Thiéry, Demelin, à Tenon; Aviraguet, aux Enfants-Malades; Boissard, à Lariboisière.

Ecole d'application du service de santé militaire.

Sont nommés professeurs agrégés à l'école d'application dn service de santé militaire pour les chaires ci-après :

Anatomie chirurgicale (opérations et appareils). — M. le médecin-major de 2e classe Duguet, de l'école supérieure de guerre à Paris.

Diagnostic chirurgical spécial. — M. le médecin-major de 2e classe Reverchon, du 37e régiment d'infanterie à Nancy.

Chirurgie d'armée (blessures de guerre). — M. le médecin-major de 2e classe Vennin, répétiteur à l'école de service de santé militaire.

La Croix-Rouge.

Une équipe de douze infirmières de l'Union des femmes de France, composée de Mmes Beauregard, infirmière-major; Galliano, Martin, Mlles Azemar, Bals, Bonnard, Dablin, Dalligny, Houssaye, de Joannis, Pinard et Serres, vient de quitter Marseille, sur le *Winh-Long*, pour aller remplacer à Casablanca la première équipe dirigée par Mme Jacques Feuillet, qui depuis quatre mois prodigue des soins dévoués à nos braves soldats.

Les vaillantes Françaises qui s'en vont si courageusement remplir leur patriotique devoir emportent avec elles soixante-dix caisses contenant dn lait, dn tabac, des vêtements chauds, des chemises, des vins réconfortants, des jeux, des livres, etc. Les comités de Lille, Angers et Caen participent à ces envois pour une valeur de cinq mille deux cents francs.

Un grand défi médical.

L'Association « ostéopathique » américaine vient de lancer un curieux défi à l'Association médicale américaine, à l'Institut d'homéopathie et à l'Association américaine de médecine électrique, à l'effet de savoir laquelle des quatre écoles sauvera le plus d'existence sur huit cents malades qu'elles se partageront dans les hôpitaux de New-York.

Ces huit cents patients, choisis de préférence parmi des malades atteints de typhoïde ou de pneumonie, seront répartis également entre les quatre instituts concurrents. Les « ostéopathes », qui traitent par les phosphates, prétendent guérir les maladies aiguës comme les deux plus haut citées tout aussi bien que les autres écoles qui traitent par les prodnits médicinaux.

Les autorités des hôpitaux établiront la statistique des patients qui vivront, de ceux qui mourront et le nombre de jours qu'aura duré le traitement des malades guéris.

Les sujets ne seront pas consultés. Comme ce sont des malades soignés par la charité publique, on ne croit pas devoir demander leur avis sur cette expérience. L'école qui aura sauvé le plus d'existences sera proclamée victorieuse.

Intoxication professionnelle dans les usines où est fabriqué l'aluminium.

M. le Dr Hollande, de Chambéry, vient d'appeler l'attention du Conseil supérieur d'hygiène sur le nombre croissant des nsines d'aluminium qui s'installent à Saint-Jean-de Maurienne. Par des expériences qu'il a faites personnellement, il a pu s'assurer que les émanations des usines sont nuisibles aux végétaux; d'autre part, les ouvriers de ces usines seraient atteints d'un diabète spécial, dû exclusivement aux émanations d'acide fluorhydrique.

Les exécutions capitales dans l'Etat de Nevada

En raison des difficultés de trouver un exécuteur des hautes œuvres la législature de l'Etat américain de Nevada (Etats-Unis) aurait l'intention d'introduire dans le code pénal de ce pays une disposition laissant au condamné le choix entre trois modes d'exécution : la pendaison (procédé qui continuerait à être le mode légal si le patient ne manifestait aucune autre préférence), l'empoisonnement, ou être fusillé. S'il opte pour le poison, le condamné recevra des mains d'nn médecin un flacon d'acide prussique portant cette mention : « Il y a ici une quantité d'acide prussique suffisante pour causer la mort instantanée. Vous êtes autorisé à l'absorber afin d'exécuter la sentence prononcée contre vous. » Mais on procéderait à la pendaison si le condamné, après avoir choisi ce mode de supplice, hésitait à absorber le breuvage. Le projet ne paraît pas prévoir combien de temps ces hésitations pourront se prolonger.

Une expérience intéressante.

Au Danemark, où l'assistance sociale a atteint un haut degré de perfectionnement, la Société de l'assistance aux imbéciles pathologiques va procéder à une curieuse expérience. Elle a acheté l'île de Livœ située dans le fjord de Lim, et va y construire un asile pour les hommes faibles d'esprit animés de penchants nuisibles à la société ou atteints de la manie dn vagabondage, et en général pour les malades de l'esprit qu'on doit aujourd'hui enfermer pour des raisons de sécurité publique et qui devraient en réalité bénéficier d'une grande liberté de mouvement.

Dans l'île de Livœ les malades jouiront d'une existence plus libre et plus naturelle, et ceux atteints de la manie du vagabondage pourront s'y adonner librement, car ils disposeront des trois cent cinquante hectares de superficie de l'île et ils ne pourront pas en sortir. Bien entendu on fournira aux internés l'occasion de travailler et ils pourront se livrer à des occupations aux champs ou dans la forêt, dans une tuilerie ou une tourbière.

On attend d'heureux résultats de cette curieuse expérience.

L'impot sur la prostitution au Japon et en Chine

Au Japon, rapporte le Dr Matignon, la prostitution est réglementée et le client dn Yoshiwara doit y décliner ses titres et qualités. Son signalement est pris aussi exactement que pour établir un passeport inscrit sur un registre visé et paraphé deux fois la semaine par le commissaire de police du quartier.

Depuis quelques vingt ans, la Japonaise était en train de faire la conquête pacifique et amoureuse de tous les ports d'Extrême-Orient, de Vladivostok à Singapour, en passant par Hong-Kong, le Tonkin, la Cochinchine, le Cambodge et le Siam. Elle avait même gagné Madagascar.

Le gouvernement japonais, inquiet peut-être de cette émigration féminine dont l'empire du Soleil Levant pourrait souffrir, a mis récemment des restrictions à l'exportation des « filles de joie ». Les tenancières de maisons publiques japonaises au Tonkin par exemple, payent un impôt de 100 yens d'exportation — « droit de sortie », comme disent les tarifs des douanes — par femme qu'elles font venir. Les Japonaises qui se livrent à la prostitution libre, qui quittent leur pays pour aller tenter fortune en Indo-Chine, au Siam ou ailleurs, sont soumises à un impôt mensuel de 5 piastres, qu'elles font régulièrement parvenir ès-mains de leur consul ou du mandataire de ce dernier. Ce droit peut être allégé ou supprimé, si ces femmes, joignant l'utile à l'agréable, se transforment en agents d'informations et font parvenir à leur consul des indications utiles sur la région où elles se trouvent. Tous les renseignements sont bons : géographiques, industriels, commerciaux, militaires ou autres. Et beaucoup de ces bonnes filles se documentent, autant pour alléger leurs charges que pour ce besoin de se documenter — d'espionner, disons le mot — qui est le propre des Nippons.

Pendant mon dernier séjour en Indo-Chine, j'ai été frappé d'un fait ; c'est que la mousmée est en train de damer le pion à la « congaï » annamite. Elle est plus fidèle et plus sûre.

C'est parce que la Japonaise est femme de tout repos que le nombre des « mousmées-congaïs » augmente considérablement en Indo-Chine. Toutes paient l'impôt de 5 piastres par mois. Ce sont, paraît-il, femmes d'intérieur parfaites difficiles à vivre pour les serviteurs annamites, qu'elles mènent tambour battant. Elles tiennent la maison en ordre méticuleux, rangent les habits et papiers de leur seigneur et maître et ne négligent pas l'occasion de s'approprier, chez les officiers, les documents pouvant, de près ou de loin, toucher à la défense de l'Indo-Chine et intéresser leur gouvernement; et tout cela, *ad Niponi majorem gloriam*.

Les Chinois, tard venus à la civilisation moderne, s'y lancent tête baissée. Chemins de fer, télégraphes, sillonnent la Terre fleurie. L'électricité pénètre partout et éclaire les impasses les plus obscures de ses grandes villes. Mais il faut de l'argent pour ces réformes. Certaines villes ont taxé les prostituées. A Thoun-King (Seutchouen), les prostituées ont été imposées de 5 piastres par mois (piastre 2 fr. 25). Il y a à Tchoung-King 4.000 prostituées. Le revenu est donc assez coquet. Cet argent est destiné à subvenir aux frais d'éclairage de la ville. Les filles de joie, non contentes d'allumer le client, doivent encore éclairer la cité : esclaves de l'amour et vestales de la lumière électrique.

Doctoresses antiques.

A propos des femmes doctoresses en médecine, la « Frauen Rundschau » fait remarquer que ce n'est pas là une nouveauté et que la Grèce antique a connu ces exemples.

A Athènes, une loi interdisait aux femmes d'exercer la médecine. Un jour se présenta au fameux médecin Hiérophyte un beau jeune homme qui le pria de l'accepter au nombre de ses élèves, auxquels il enseignait la science d'Esculape.

Ce jeune homme avait tout ce qu'il fallait pour être médecin : naissance légitime, célibat et sexe masculin. Il fut accepté et montra un zèle incomparable. si bien que le vieux médecin était satisfait de son élève.

On remarqua toutefois qu'il ne soignait que des femmes. Il eut bientôt une telle clientèle féminine, que les autres médecins constatèrent avec ennui la diminution de leurs profits. Ils complotèrent contre le jeune concurrent et l'accusèrent de séduire les femmes.

Devant les juges, l'accusé sourit et déclara que cela n'était pas possible, parce qu'il était femme.

L'accusation tomba, mais l'affaire n'en pouvait rester là. Pour avoir, en tant que femme, exercé la médecine, il encourait, d'après la loi athénienne. la peine de mort. Cependant les femmes d'Athènes se liguèrent pour le sauver et elles obtinrent effectivement sa mise en liberté. Même la loi fut abolie.

L'alcoolisme à Besançon.

En onze ans, à Besançon, rapporte M. H. Cornier dans une publication récente, la consommation du vin s'est accrue de 2.400.000 litres; celle de l'absinthe, en dix ans, de 15.345 litres; celle des eaux-de-vie de 24.000 litres, seule la consommation des liqueurs est restée à peu près stationnaire et la bière a des tendances à la diminution.

A Besançon, le nombre des débits s'élève actuellement à 675. En 1900, on n'en comptait que 625 pour 58.000 habitants. La population bisontine n'étant à l'heure actuelle que de 56.000 habitants, on voit que Besançon possède un débit pour 83 habitants. Dans les seuls quartiers d'Arénes et de Battant (8.500 habitants), on compte 151 débits : nn pour 55 habitants.

M. Cornière insiste sur les résultats de cette surconsommation alcoolique bisontine. Faisant allusion au récent rapport du ministère de la Justice sur les délits et crimes alcooliques, il nous redit — ce que nous savions malheureusement — que la Cour de Besançon tient un rang tristement célèbre dans la statistique des crimes et délits commis sous l'influence de l'ivresse.

En 1907, on reléve à Besançon 433 contraventions d'ivresse; en 1908, 475; en 1909, 483; en 1910, 519.

On savait par les travaux du Dr Baudin, la part de l'alcoolisme dans l'augmentation de l'aliénation mentale à Besançon. M. Cornière insiste sur ce sujet. Le critérium de l'augmentation de l'aliénation mentale dans cette ville est constitué par l'augmentation des crédits votés par le Conseil municipal pour l'entretien des aliénés bisontins.

En 1864, la ville dépensait pour ses fous 6.400 fr. En 1874, 10.600 fr. En 1908, 28.000 fr. En 1910, 32.252 fr. et l'on prévoit 35.000 fr. en 1911.

Autre considération : à Besançon, la proportion des conscrits réformés ne cesse de s'accroître :

En 1895	6,50	p. 100	des conscrits	sont réformés.	
1901	7,00	—	—	—	
1905	8,50	—	—	—	
1906	10,00	—	—	—	
1908	12,00	—	—	—	
1909	15,00	—	—	—	

Curieux trajet d'une balle de revolver.

M. le docteur Courtin a rapporté récemment à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, l'observation d'un matelot qui, au cours d'une rixe, reçut une balle de revolver qui traversa la lèvre inférieure, fit sauter deux incisives, une canine et une partie du rebord alvéolaire, traversa ensuite la langue et alla se loger, ainsi que le montra une radiographie, profondément dans le plancher de la bouche. M. Courtin fit une large incision sushyoïdienne, passa entre les génioglosses et malgré une exploration des plus minutieuses ne parvint pas à découvrir le projectile. Il n'insista pas, recommanda de surveiller les selles où on découvrit plus tard la balle.





82e Année (Série XIIIe) — N° 110 | Le Numéro : 25 Centimes | Mercredi 6 Septembre 1911

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
9, Rue Denis-Poisson, PARIS
TÉLÉPHONE : 573-40

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale........ 15 fr.
Edition Espagnole .... 10 fr.
Edition Portugaise.... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

DIRECTEUR :
Dr LUCIEN GRAUX
Lauréat de l'Institut

Hors concours, Membre du Jury
Exposition franco-britannique 1908
Vice Prés. Expos. Bruxelles Cl. 16

Ancienne *Gazette de Santé*
(139e Année)

ÉCHOS

Distinctions honorifiques.

MÉRITE AGRICOLE. — *Officier.* — M. le Dr Feuvrier-Laforêt, à Maisonnais (Haute-Vienne.)

Chevaliers. — MM. les Drs Brodier, Got, Keller, Labroye, Lesage, Zadock Kahn, à Paris; Amat, à Courbevoie (Seine); David, à Dieppe (Seine-Inférienre): Martin, médecin-major de 1re classe; Pernet, médecin de la marine, à Toulon (Var); Saric, à Targon (Giroude).

ORDRE DU DRAGON UE L'ANNAM. — *Officier.* — M. Lacarrière, médecin principal de la marine

Chevalier. — M le Dr Roux

ORDRE DE L'ETOILE D'ANJOUAN — *Officier.* — M. Lions, médecin-major de 2e classe des troupes coloniales.

Chevaliers — MM. les Drs Bas, Villard.

ORDRE UU CAMBODGE. — *Chevaliers.* — M. le Dr Binet.

ORDRE UE L'ETOILE U'OR. — *Officier.* — M. le Dr Dion.

ORDRE UU NICHAN-EL-ANOUAR. — *Chevalier.* — M Passa, médecin aide-major de 1re classe des troupes coloniales.

La conférence sanitaire internationale.

La conférence sauitaire internationale doit se réunir le 10 octobre, à Paris, au ministère des Affaires étrangères. Elle comprendra les représentants de quarante Etats environ, an lien de viugt-trois gouvernements qni participaient à la conféreuce tenue également à Paris, en 1903, et d'où était sortie la convention sanitaire signée le 3 décembre de la même année. Les dispositions de cet acte international vont être revisées dans la réunion à la fois scientifique et diplomatiqne du mois d'octobre; cette assemblée s'efforcera de les mettre en complète harmonie avec les résnltats techniqnes dus à l'expérience acqnise au conrs des plus récentes épidémies que l'on a eu à déplorer.

La lutte contre le choléra.

La Commission permanente du Conseil supérienr d'Hygiène s'est réunie au ministère de l'Intérienr, sous la présidence du Dr Roux, directeur de l'Institut Pasteur.

Etaient présents à la séance : MM. le professeur Debove, président bonoraire du conseil supérienr; Mirman, directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques; Gavarry, directeur au ministère des Affaires étrangères; le Dr Calmette, directeur de l'Institut Pasteur de Lille; Roux, sous-directeur du ministère de l'Intérieur; le Dr Jules Renault, conseiller technique sanitaire et le Dr Faivre, inspecteur général des services administratifs.

M. Mirman a mis la Commission au courant de la situation sanitaire en Europe et en France, telle qu'elle résulte des informations reçues depuis la dernière séance du 11 août dernier; il a fait connaître les mesures prises dans certains départements du Midi, soit pour empêcher en France l'entrée du choléra provenant des régions contaminées, soit pour circonscrire les cas isolés. Il n'y a que deux petits foyers qui aient été constatés en France, l'un dans une très petite commnue des Pyrénées-Orientales et qui a été éteint en quelques jours, l'autre à l'asile d'aliénés de Marseille dont on s'est rapidement rendu maître grâce aux mesnres de prophylaxie pour la direction desquelles le Dr Salembeni, de l'Institut Pasteur, avait reçu une mission spéciale.

La commission a approuvé les mesures prises pour la defense sanitaire de la Corse à l'égard des navires provenant de Livourne.

Le docteur Calmette a donué ensuite lecture de son rapport — dont les conclusions ont été adoptées — sur la situation sanitaire de la ville de Marseille.

Il n'y a pas d'épidémie à Marseille, déclare le directeur de l'institut Pasteur de Lille, il n'y a que des cas isolés, des cas sporadiques. Et très rares ont été les malades atteints de choléra asiatique.

Quelles en ont été les causes?

Marseille est approvisionuée d'eau par nne dérivation de la Durance. Il n'est pas possible, *a priori*, que cette eau de la Durance soit infestée et qu'elle ait contaminé la ville. S'il en était ainsi, ce n'est pas quelques cas isolés qu'on aurait eu à signaler, mais une épidémie massive qui aurait frappé par milliers tous les habitants de tous les quartiers.

Est ce le lait qui est le véhicule du vibrion cholérique ? Pas davantage. Si le choléra était transmis par un lait souillé, on assisterait à l'expansion d'une épidémie de quartier, d'une épidémie de clientèle. Tous ceux qui achètent à un même marchand seraient malades. Tel n'est pas le cas.

Par des éliminations successives, on en arrive à une cause de contamination qui apparaît comme la seule possible : les coquillages, soit qu'ils aient été importés de pays voisins, eux-mêmes contaminés, soit qu'ils aient été ramassés aux embouchures des fleuves, des rivières, et aussi des égouts. Ces coquillages, que l'on mange crus, sont souvent bourrés de vibrions. Ainsi s'expliquent ces attaques de choléra isolées, qui ont frappé un seul individu, une seule famille dans un quartier.

A l'hospice d'aliénés, il y a eu, en quelques jours, 80 cas de choléra asiatique. Il est vraisemblable que la contamination s'est faite par le réservoir à eau de l'asile, qu'un défaut de maçonnerie a dû mettre en communication avec une fissure d'un des égouts de la ville. Cet égout était lui-même contaminé par un des cas isolés. Le mal est maintenant arrêté. On désinfecte chaque jour le réservoir, on surveille chaque malade et le personnel scrupuleusement.

Comme conclusion, le docteur Calmette demande la prohibition, à Marseille et sur tout le littoral méditerranéen, de la récolte, de la vente et de l'importation des coquillages. Il réclame encore l'établissement d'une canalisation fermée de l'eau potable, la canalisation de la Durance, qui alimente toute la ville en eau de consommation, étant faite à ciel ouvert et traversant toute la banlieue.

Ceci fait, termine le rapporteur, il n'y a lieu aucunement de s'affoler. Chaque cas sera circonscrit, stérilisé facilement. Toutes les mesures sont prises. Et cette petite alerte n'aura été vraisemblablement qu'une alerte. L'étranger aurait vraiment mauvaise grâce à continuer à bouder notre grand port.

La commission ne sera plus convoquée avant le mois d'octobre, à moins que, contrairement à ce qu'il y a tout lieu d'espérer, des faits nouveaux ne se produisent.

Médecins d'hôtel.

Dans le prospectus d'un grand hôtel, récemment inauguré à Paris, après l'énumération de toutes les commodités offertes aux clients, après le bar américain et le salon de coiffure, après l'office des billets de théâtre, après la salle de coffre-forts et le kiosque à journaux installé dans le vestibule, nous trouvons la mention suivante :

« Un médecin est attaché à l'hôtel, il passe régulièrement chaque matin et peut être appelé à toute heure du jour et de la nuit. »

Pourquoi n'avoir pas tout simplement mis, au-dessous de la sonnette, la mention : Sonnez un coup pour le garçon d'étage, deux coups pour la femme de chambre, trois coups pour le médecin.

L'Opothérapie thyroïdienne

ET

L'ECZÉMA DES NOURRISSONS

Par M. le Docteur ROCAZ

En 1904, M. Moussous (1) avait eu l'idée de soumettre à l'opothérapie thyroïdienne deux enfants atteints de séborrhée du cuir chevelu compliquée d'eczéma. Il avait été conduit à essayer cette thérapeutique en constatant que chez les myxœdémateux qui sont, on le sait, si souvent atteints d'eczéma séborrhéique du cuir chevelu, cette dermatose disparaît rapidement sous l'action de la médication thyroïdienne. Le premier enfant traité fut un garçon de sept ans, entré à l'hôpital pour une pelade compliquée d'eczéma séborrhéique de tout le cuir chevelu; en dix mois, la pelade était guérie, mais la séborrhée résistait à tous les traitements mis en œuvre. C'est alors que M. Moussous eut l'idée d'essayer l'opothérapie thyroïdienne, qui fut continuée pendant six semaines, à l'exclusion de toute autre médication locale ou générale. Au bout de quinze jours, le mieux commença à se dessiner; en six semaines, la guérison était absolue et elle se maintint depuis. Cet enfant ne présentait aucun signe de myxœdème.

Le second malade, soumis avec succès à la même médication, est un jeune garçon atteint de teigne de Gruby, accompagnée d'une séborrhée intense. Tout le dessus de la tête était couvert d'une véritable carapace épaisse, graisseuse, avec rougeur et inflammation sous-jacente du cuir chevelu. Pendant dix mois, inutilement, diverses médications avaient été mises en œuvre contre cette séborrhée. La médication thyroïdienne modifia rapidement cet état; en un mois la guérison était complète; elle est restée définitive.

Depuis, il a été publié un peu partout de nombreuses observations d'eczéma chronique traité par la thyroïdine, souvent amélioré et parfois guéri. Mais presque toutes ces observations se rapportent à des adultes.

En mai 1908 cependant, le Dr Eason (2) relate quatre cas d'eczéma traités et guéris par l'opothérapie thyroïdienne chez de jeunes enfants. Deux de ces cas sont particulièrement instructifs :

Dans le premier, il s'agissait d'un enfant de quatorze mois atteint d'un eczéma de la face depuis neuf mois; tous les traitements mis en œuvre avaient échoué; on administre une tablette de 15 centigrammes de thyroïdine par jour; en trente-huit jours, la guérison est complète. Un mois après la cessation du traitement, apparaît une rechute de l'eczéma; on reprend la thyroïdine et la maladie disparaît en une semaine.

Le second cas concerne un enfant de cinq mois atteint d'eczéma depuis l'âge de deux ou trois semaines; on administre 15 milligrammes de thyroïdine par jour; en six jours, l'amélioration était manifeste; en vingt jours, la guérison était presque complète; on double la dose pendant une semaine; toute trace d'eczéma disparut définitivement.

Me basant sur ces faits, je résolus de soumettre, d'une façon systématique, tous les nourrissons atteints d'eczéma que j'aurais l'occasion d'observer au traitement thyroïdien. Mes premières observations remontent à deux ans et les résultats que j'ai obtenus ont été assez encourageants pour que, depuis cette époque, je continue cette médication. Je me trouve donc aujourd'hui en face d'une statistique assez importante pour que je puisse en tirer quelques conclusions intéressantes.

Chez certains sujets, la médication thyroïdienne m'a donné des résultats merveilleux. Je citerai, comme exemple, le cas d'un bébé de cinq mois dont la tête et la face étaient couverts d'un eczéma suintant qui avait résisté à tous les traitements institués par différents spécialistes d'une valeur incontestée, consultés à Paris. Quand j'eus l'occasion de le voir, la dermatose, qui datait de trois mois, commençait à gagner les bras; elle était le siège d'un prurit intense qui ne laissait aucun repos à l'enfant; celui-ci, nourri au sein par une excellente nourrice qui avait allaité deux ans auparavant, d'une façon parfaite, un premier nourrisson indemne d'eczéma, profitait si peu que son état général commençait à inspirer quelques inquiétudes. Sur mon conseil, on administra à ce bébé du corps thyroïde; au bout d'une semaine, l'eczéma avait considérablement pâli, le suintement avait disparu; quinze jours plus tard, il ne subsistait qu'un peu de rugosité de la peau au niveau des joues; trois semaines plus tard, il ne restait aucune trace de l'affection cutanée. La famille, croyant la guérison définitive, cessa la médication; un mois après, l'eczéma revenait à la face; la médication thyroïdienne fut reprise; cette nouvelle poussée disparut en deux semaines et la guérison se maintient définitive depuis deux ans. Je possède une vingtaine d'observations dans lesquelles la médication thyroïdienne vint, en aussi peu de temps, à bout d'eczémas très étendus.

Dans d'autres cas, dont le nombre s'élève actuellement à une trentaine, la guérison a exigé un temps plus long, variant de un à trois mois. C'est ainsi que je vois, dans mes notes, la durée du traitement être d'un mois dans 18 cas, de deux mois dans 12 cas, de trois mois dans 8 cas.

Enfin, chez certains enfants, la médication ne m'a donné qu'une amélioration passagère ou même est restée absolument inefficace.

Il résulte évidemment de ces faits que tous les eczémas des nourrissons ne sont pas également justiciables du traitement thyroïdien. Malheureusement, l'état actuel de nos connaissances ne nous permet pas de prévoir à coup sûr l'influence de ce traitement sur un sujet donné. J'avais cru, au début de mes recherches, que l'eczéma séborrhéique était seul justiciable de cette médication et, en réalité, c'est dans cette forme que les résultats de l'opothérapie thyroïdienne me paraissent être les meilleurs; mais j'ai vu depuis les autres formes de l'eczéma des nourrissons se trouver très bien de ce traitement.

C'est plutôt, à mon avis, dans l'étiologie de l'eczéma qu'il faut chercher la cause de ces différences d'action de la thyroïdine.

Nous savons (1) que l'eczéma se rencontre chez les enfants nés et élevés dans des conditions si différentes à tous les points de vue qu'il faut le considérer comme le résultat de causes très diverses.

La première de ces causes, celle qui est la mieux établie et dont la clinique démontre chaque jour la réalité, c'est l'intoxication alimentaire. L'eczéma se rencontre souvent chez les enfants nourris au biberon et, de préférence, chez ceux qui souffrent de ces troubles digestifs prolongés qui sont la règle au cours d'un allaitement artificiel mal dirigé : certains de ces enfants présentent l'aspect caractéristique de la cachexie gastro-intestinale; d'autres, au contraire, paraissent gros et bien portants; mais un examen consciencieux démontre qu'ils sont en réalité plus bouffis que gros, qu'ils présentent une pâleur anormale, que leurs selles sont trop abondantes et fétides : ce sont des intoxiqués par suralimentation.

C'est également à la suralimentation qu'il faut souvent rattacher l'eczéma des enfants nourris au sein : mauvaise réglementation des tétées avant l'apparition de l'eczéma, qui ne fait que s'accentuer quand celui-ci est constitué; l'enfant tourmenté par le prurit des lésions cutanées, surtout la nuit, crie constamment; pour le calmer, on le fait téter à tout instant, aggravant ainsi l'évolution de la dermatose : c'est un cercle vicieux dont il est parfois bien difficile de sortir.

Mais il est des enfants atteints d'eczéma et dont l'hygiène alimentaire est parfaite; ils sont nourris au sein et bien réglés; la balance prouve que la quantité de lait ingéré à chaque tétée n'est pas exagérée, l'alimentation de la nourrice est irréprochable, son lait est de composition normale et cependant, vers l'âge de deux ou trois mois, on voit apparaître un eczéma qui, par sa ténacité et son extension, fait la désolation de l'entourage du petit malade. Si l'on remonte dans les antécédents héréditaires de cet enfant, on y trouve alors des manifestations indiscutables d'arthritisme.

L'existence de cet eczéma arthritique des nourrissons, particulièrement étudiée par Comby et ses élèves, est indiscutable. Dans la clientèle urbaine où les préceptes d'hygiène commencent à être mieux connus et mieux observés, c'est même, à mon avis, la variété que l'on rencontre le plus fréquemment.

Eh bien, c'est contre cet eczéma d'origine arthritique que la thyroïdine agit d'une façon très efficace. Chez les enfants, dont la dermatose paraît avoir pour cause première une intoxication digestive, chez les cachectiques atteints de gastro-entérite chronique, l'opothérapie thyroïdienne reste généralement sans effet. En revanche, chez ces sujets gras, obèses, à hérédité arthritique chargée, dont l'affection cutanée n'est améliorée par aucun changement de régime alimentaire, la thyroïdine m'a souvent donné des résultats excellents, d'autant plus appréciables

(1) *Archives de médecine des enfants*, mars 1908.

(2) EASON. *The Scottish Med. and. Surg. Journ.*, mai 1908.

(1) ROCAZ. Eczéma des nourrissons. Rapport présenté au VIe Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie, Toulouse, 1908.

que toutes les médications antérieures étaient restées inefficaces.

Ces faits ne sauraient nous surprendre; de nombreux travaux dus à Colley, Vassale, Lancereaux et Paulesco, Hertoghe, Claisse, Levi et de Rothschild, etc., semblent bien démontrer le rôle important que joue le corps thyroïde dans l'arthritisme. Aussi peut-on vraisemblablement supposer que l'eczéma infantile, qui n'est souveut que la première manifestation de la diathèse arthritique, puise être parfois rattaché à un certain degré d'insuffisance thyroïdienne.

Chez tous mes malades, j'administre le médicament sous forme de tablettes délayées dans un peu d'eau bouillie. La dose initiale est toujours très faible : 5 centigrammes de thyroïdine par jour. Au bout d'une dizaine de jours, j'augmente, s'il en est besoin, cette dose pour la porter peu à peu à 10 centigrammes. Ce n'est que chez les enfants un peu âgés que j'ai eu recours à des doses plus fortes.

Cette médication est admirablement supportée par les jeunes enfants : je n'ai jamais observé d'accident, ni du côté du cœur, ni du côté du système nerveux. Quant à l'influence de la thyroïdine sur l'augmentation du poids du nourrisson, elle est variable selon les sujets. Chez des enfants gros, trop gros même, généralement issus de parents arthritiques, la thyroïdine fait baisser l'augmentation de poids journalière : elle tend donc à le ramener à la normale. Chez d'autres sujets, elle produit l'effet contraire : chez les enfants nerveux, dont l'eczéma très étendu est le siège d'un prurit intense qui torture constamment le malade et retentit sur l'état général, la médication thyroïdienne, en agissant sur la lésion locale, permet à l'organisme de prendre un peu de repos et l'on voit alors, comme dans l'observation que j'ai citée plns haut, l'enfant amaigri avant le traitement reprendre, grâce à lui, un poids normal.

Enfin, j'ajouterai que je n'ai jamais observé, à la suite de la guérison, sous l'action de la médication thyroïdienne, d'un eczéma très étendu, même quand cette guérison était très rapide, aucun de ces accidents qu'on a signalés à la suite de la disparition brusque de cette affection par une médication trop énergique. Il faut, en effet, aupoint de vue des dangers du traitement de l'eczéma des nourrissons, faire une distinction entre le traitement interne et le traitement externe. La médication interne ne saurait, en général, faire courir le moindre risque à l'enfant : en suppléant, dans le cas particulier, par un traitement opothérapique bien dirigé à l'insuffisance d'une glande à sécrétion interne, on ne peut qu'améliorer l'état général en même temps qu'on fait disparaître les manifestations cutanées.

En revanche, le traitement externe ne doit être appliqué qu'avec certaines précautions. Nous savons qu'il peut y avoir danger à supprimer brusquement, à l'aide de topiques plus ou moins énergiques, un eczéma de grande surface. La médication locale ne doit donc être qu'un adjuvant de la médication thyroïdienne, adjuvant qui n'est pas toujours inoffensif et qui doit être manié avec précautions.

Dans l'eczéma impétigineux, il est recommandé de faire tomber toutes les croûtes d'impétigo à l'aide de pansements humides aseptiques avant de commencer le traitement thyroïdien ; dans l'eczéma pur, on se contentera de déterger la peau par l'application de vaseline stérilisée.

Des considérations précédentes, je conclurai donc que toutes les fois qu'on se trouvera en présence d'un nourrisson atteint d'eczéma dont l'origine alimentaire ne paraît pas bien établie et ayant résisté à une bonne hygiène du tube digestif, on devra essayer la médication thyroïdienne, qui est toujours inoffensive et qui donnera souvent, très souvent même, des succès inespérés.

L'Ancienneté réelle de la Syphilis

Par le Prof. LE DOUBLE (de Tours)

Des documents historiques, des découvertes parasitologiques et des expériences physiologiques récentes semblent indiquer que, comme ces épouvantables fléaux qu'on appelle la peste, le choléra, la fièvre jaune, la variole, etc., — auxquels l'humanité a offert et offre encore chaque jour, en gémissant, d'innombrables hécatombes — l'avarie est une affection parasitaire, originaire des pays chauds, autrement dit de la zone tropicale du globe et qui n'a envahi qu'accidentellement l'Europe qui se trouve dans la zone tempérée.

Dans le Lévitique, il n'est question que de l'écoulement uréthral virulent. Sans doute, on relève dans les œuvres des historiens, des auteurs satiriques ou comiques, des épigrammatistes, des poètes érotiques surtout, grecs et romains, divers passages qui paraissent s'appliquer soit à l'accident local primitif, soit aux accidents secondaires ou tertiaires de la maladie contagieuse, compagne ordinaire, pour ne pas dire inséparable, de la débauche. S'y appliquent-ils réellement ? C'est plus que contestable.

Par contre, Oviedo y Valdez, intendant d'Haïti (1533-1545) et Bernard Diaz del Castillo, auteurs des deux premières histoires du Nouveau-Monde, assurent que les insulaires de Tahiti, les Caraïbes de l'Amérique et les Mexicains étaient ravagés par le terrible mal avant l'arrivée des *Conquistadores*, qu'il était appelé *Bubas* par les Mexicains, adoré même, par eux, sous le nom de *Nanahualt*. Dans une lettre de Roderic Diaz de l'Isle, écrite en 1540, à Jean III, de Portugal, on remarque les lignes suivantes : « La vérole parut, en 1493, à Barcelone. Cette ville fut la première infectée. La maladie venait de l'île espagnole (Hispaniola, dans les Antilles, découverte par Christophe-Colomb). » Les syphilographes, anciens et modernes, les plus érudits, Simon, de Hambourg, Astruc, Yvan Bloch, etc., sont également d'avis qu'elle a été rapportée de l'Amérique en Espagne par les équipages de Christophe-Colomb, qu'elle s'est propagée sournoisement et peu à peu sur les autres parties du littoral de la Méditerranée et qu'elle a pris une extension considérable et presque instantanée, au milieu des excès de toutes sortes et des grands mouvements de troupes qui signalèrent le siège de Naples par Charles VIII, où elle constitua une véritable surprise pour les Italiens et les Français qui la dénommèrent, les premiers, *mal français*, les seconds, *mal napolitain*.

Fait inattendu et curieux et qui atteste une fois de plus, l'appui mutuel que se prêtent les sciences, les données de l'histoire, dont on n'a pas assez tenu compte, concordent avec celles de la microbiologie et de la physiologie expérimentale.

Si le microbe pathogène qui, par son introduction dans les vaisseaux lymphatiques et le sang de l'homme, provoque chez lui l'apparition du mal vénérien, est bien, comme le pense Schaudinn, le *spirochaete pallida*, le Trèponème pâle, protozoaire (1), de la classe des *Flagellés* et probablement de l'ordre des *Trypanosomata* dont le genre *Trypanosome* (2) est le type ; ce microbe pathogène est né, en effet, dans des contrées que le soleil darde de ses rayons.

L'argument physiologique favorable à la thèse de l'origine américaine de l'avarie est fourni par les résultats de son inoculation aux singes du Nouveau Continent et aux singes de l'Ancien Continent, par Metchnikoff, de l'Institut Pasteur. Les singes du Nouveau Continent sont réfractaires à l'inoculation ; les singes de l'Ancien Continent ne le sont pas. Or, l'étude des Trypanosomiases nous apprend que les animaux indigènes d'une région sont vaccinés contre les Trypanosomes alors que les animaux importés ne le sont pas.

Et voilà pourquoi, contrairement à d'autres médecins, je ne rends pas responsables, sans de très grandes réserves, les hommes de l'âge de la pierre polie de l'apport et de la diffusion, en France, du grand processus morbide, transmissible par le contact et par hérédité, qu'Apollon, si on croyait la Fable (3), infligea comme punition au berger Syphilus qui l'avait outragé.

---

(1) Organismes inférieurs placés sur les confins des deux règnes animal et végétal.

(2) De τρυπανον, vrille et σωμα, corps. Les Trypanosomes sont des infusoires en forme de vrille et flagelle, c'est-à-dire pourvus d'un appareil locomoteur constitué par des longs filaments ou cils vibratiles, flagelles ou fouets. Est-ce bien Schaudinn qui a découvert le *spirochaete pallida ?* Avant lui, Hallier a fait mention d'un microbe analogue, et Klebs reproduit la syphilis en inoculant des cultures faites avec un microbe en *tire-bouchon animé de mouvements très vifs* trouvé par lui dans des pustules syphilitiques humaines et qu'il a appelé *Helicomonas*.

Parmi les maladies à Trypanosomes, la plus curieuse, après l'avarie, est certainement la *Dourine*, car c'est aussi une maladie vénérienne, mais propre au cheval et aux espèces animales voisines. C'est à tort, toutefois, qu'on a essayé de l'identifier avec l'avarie.

Elle est plus contagieuse puisqu'elle se transmet, au cours des rapports sexuels, même lorsque les téguments n'offrent aucune solution de continuité ; ses symptômes sont différents et son microbe, le *Trypanosoma equiperdum*, est beaucoup plus gros que le *Spirochaete pallida*.

(3) C'est Fracastor qui, en donnant, dans son célèbre poème, *Syphilis sive de morbo gallico* (Vérone, 1530), au mal vénérien, le nom de syphilis, a vulgarisé, en même temps, ce récit fabuleux.

Il convient cependant d'observer que certains étymologistes font dériver ce nom de συν : avec, et φιλειν : aimer, parce que l'entité morbide en question a pour origine les plaisirs de Vénus, et, d'autres, de συ : pourceau et φιλειν : aimer, indiquant un amour immonde. Bosquillon, qui propose de l'ortographier syphilis, le fait venir de σιφλο, haïssable, etc.

La Lutte contre le Cancer

Le Dr Béclère distribue aux malades qui fréquentent son service de l'hôpital Saint-Antoine, une notice qui a pour titre : *Instructions utiles à tous sur la curabilité et le traitement du cancer.*

Cette notice est ainsi conçue :

I. Le cancer *n'est pas*, comme on l'a supposé longtemps, une maladie de tout l'être, une maladie générale, constitutionnelle, *une maladie dans le sang.*

Il n'est aucunement prouvé non plus que le cancer soit une maladie transmissible des parents aux enfants, en un mot, une maladie héréditaire.

Les descendants des personnes atteintes de cancer ne sont certainement pas voués d'une manière fatale à cette maladie.

II. Il est aujourd'hui scientifiquement démontré que *le cancer est primitivement une maladie locale, toute locale,* comme le vulgaire cor aux pieds.

A son début, c'est une toute petite grosseur, une tumeur minuscule, microscopique, qui, peu à peu, à la manière d'un parasite, grandit et grossit.

Plus tard, des parcelles microscopiques se détachent de la tumeur primitive et sont portées par la circulation dans des organes plus ou moins éloignés où elles donnent naissance à des tumeurs secondaires, à des tumeurs filles.

Le plus souvent, ce sont ces tumeurs filles qui font la gravité du cancer.

Le cancer est comparable à une mauvaise herbe dont quelques brins apparaissent dans un tout petit coin de jardin et qui, si on les laisse pousser et se multiplier, se propagent de proche en proche et finissent par envahir le jardin tout entier.

III. Il est prouvé que, dans un grand nombre de cas, le cancer est curable, parfaitement curable.

IV. On ne connait actuellement qu'un seul traitement efficace du cancer : c'est le traitement local par la suppression ou la destruction des tumeurs cancéreuses.

V. La suppression d'une tumeur cancéreuse ne donne une guérison durable et définitive qu'à la condition d'être absolument complète. Si la suppression n'est pas complète, s'il reste la moindre parcelle microscopique de la tumeur, il est à craindre qu'elle repousse sur place et donne naissance à des tumeurs filles.

VI. Cette suppression a d'autant plus de chance d'être complète qu'elle est pratiquée plus tôt.

En principe, il faudrait supprimer une tumeur cancéreuse le jour même où l'on découvre son existence.

Attendre c'est donner le temps à quelque parcelle microscopique de la tumeur primitive d'envahir un organe profond et d'y devenir le germe d'une tumeur fille, inaccessible au traitement.

Une tumeur cancéreuse est comme un parasite malfaisant et dangereux : on ne la découvre et on ne la supprime jamais trop tôt.

VII. Malheureusement, le début d'une tumeur cancéreuse ne se manifeste par aucune douleur, par aucune gène. C'est souvent par hasard qu'on découvre son existence et, quand elle se révèle par quelque trouble, même léger, elle existe déjà depuis assez longtemps.

Toute grosseur, toute dureté, toute saillie nouvelle, toute plaie persistante, toute perte de sang ou tout écoulement insolite doit donc aussitôt éveiller l'attention et, sans attendre qu'il survienne de la douleur ou de la gêne, conduire à consulter le médecin.

VIII. Seul, un médecin expérimenté est capable de reconnaître si une tumeur est cancéreuse ou menace de le devenir ; seul il est capable d'indiquer le traitement qui convient le mieux à chaque cas particulier.

IX. Le meilleur moyen de supprimer rapidement et complètement une tumeur cancéreuse, c'est de l'enlever par une opération chirurgicale.

X. Grâce aux progrès de la chirurgie, l'enlèvement des tumeurs cancéreuses se fait aujourd'hui le plus souvent sans douleur et sans danger.

XI. La chaleur, les caustiques chimiques, les rayons X, le radium, l'électricité entre des mains expérimentées, sont aussi des agents de destruction des tumeurs cancéreuses.

Ils détruisent très facilement les petites tumeurs de la peau, mais se montrent moins efficaces contre les tumeurs situées sous la peau ; en ce cas, leur emploi ne permet que par exception d'éviter l'opération.

Ils sont utiles surtout pour compléter l'œuvre du chirurgien en détruisant les parcelles microscopiques de la tumeur, qui n'ont pas pu être enlevées.

XII. L'emploi très précoce de ces divers moyens de traitement local, isolés ou combinés, est actuellement seul capable d'assurer, dans un grand nombre de cas, la suppression ou la destruction complète de la tumeur cancéreuse primitive, avant la naissance des tumeurs filles, c'est-à-dire la guérison durable et définitive du cancer, maladie primitivement locale.

REVUE CLINIQUE

L'épreuve du fil pour le diagnostic des ulcérations du tube digestif.

Lorsque le médecin a acquis la conviction qu'il existe des ulcérations dans la partie supérieure du tube digestif, il lui est souvent malaisé d'en déterminer le siège exact, autrement que par des méthodes assez pénibles, à l'aide d'instruments spéciaux, donnant des résultats souvent incertains.

Voici le procédé très simple et vraiment ingénieux, que vient d'imaginer dans ce but le professeur Einhorn (de New-York).

Il fait avaler, le soir, au malade, au moment de se mettre au lit, une petite masse de gélatine insolubilisée, munie d'un fil de soie assez long pour dépasser l'orifice buccal de 75 centimètres. Le fil est retiré au réveil, avec précaution. La partie ulcérée, avec laquelle il est resté en contact pendant toute la nuit, a laissé, au point correspondant du fil, une tache brune, dont il suffit de repérer la position pour en déduire la région du tube digestif atteint par l'ulcère. A 40 centimètres de la bouche, c'est un ulcère du cardia. Au-dessus de ce point, c'est un ulcère de l'œsophage. De 44 à 54 centimètres, il s'agit d'un ulcère de la petite courbure ; de 56 à 58, c'est un ulcère du pylore ; à 59 et au delà, c'est un ulcère duodénal.

Le Véronidia dans un cas de méningite avec délire paratyphique et chez un héroïnomane, par M. le Prof. Faivre (*Journal scientifique et médical de Poitiers*).

M. le Docteur Faivre, professeur de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu de Poitiers, après avoir relaté rapidement l'action thérapeutique nette exercée par le « Véronidia » sur le syndrome « Insomnies » et son indication élective vis-à-vis des agités délirants, spasmodiques, angoissés souffrant d'algies diverses, revendique la priorité pour la publication de deux observations ayant trait l'une à un cas de délire paratyphique, l'autre chez un héroïnomane.

Le premier malade atteint de manie aiguë délirante avec vociférations n'avait retiré aucun bénéfice de la balnéothérapie, des sédatifs bromuro-chloralés. La « Véronidia » à la dose de 3 cuillerées à soupe par 24 heures, amena en quelques jours une guérison complète sans amnésie.

L'héroïnomane complètement alcoolique et incapable du moindre travail put rentrer dans la vie active après une cure au « Véronidia ».

Contribution au diagnostic de l'abcès du cerveau, par M. le Dr Henri Aboulker, chef du service otologique de l'hôpital de Mustapha-Alger (*Soc. de Méd. d'Alger*).

En mars 1908, M. le professeur Ardin-Delteil nous adressait une femme âgée de 51 ans, hospitalisée salle Andral et entrée à l'hôpital dans un état demi-comateux.

L'histoire de cette malade, que l'on va lire plus loin, peut être résumée en quelques lignes.

Atteinte, depuis plusieurs années, d'une suppuration des deux oreilles, cette femme a vu, il y a quelques semaines, la suppuration de l'oreille gauche se tarir et quelques jours après apparaître une paralysie progressive du côté droit avec aphasie. Production d'une mastoïdite gauche, puis état comateux. L'analyse des symptômes, l'examen négatif des urines, tout semble concorder au même diagnostic ; il semble que l'on se trouve en présence, très probablement, d'une collection intra-cranienne ayant pour origine la suppuration oto-mastoïdienne.

L'opération fut négative et l'autopsie ne permit de mettre en évidence aucune lésion capable d'expliquer les symptômes observés, sauf peut-être une légère artério-sclérose cérébrale.

La coexistence de l'*otorrhée*, de la mastoïdite et de l'hémiplégie nous avait entraîné à établir une relation de cause à effet entre l'affection otique et l'affection cérébrale. Cette erreur de diagnostic était-elle évitable ? Et pouvait-on, chez une malade frappée d'hémiplégie droite immédiatement après la rétention du pus dans l'oreille gauche, s'abstenir d'intervention ?

Voici, tout d'abord, l'observation recueillie et communiquée par le service de M. le professeur Ardin-Delteil.

Otite suppurée chronique double. Mastoïdite gauche Hémiplégie droite

Angèle E..., cinquante-un ans, ménagère, entre à l'hôpital dans le service de M. le professeur Ardin-Delteil, avec le diagnostic d'incontinence d'urine.

A. H. Deux frères se portant bien.

A. P. Mariée à vingt-huit ans, pas de fausse couche, pas d'enfants.

A quatre ans, rougeole : réglée à seize ans, toujours régulièrement. A dix-huit ans, fait une chute suivie d'un arrêt brusque des règles. A ce moment, apparition sur le corps de plaques rouges qui durent huit jours.

A l'âge de vingt-huit ans, abcès maxillaire d'origine dentaire.

Depuis trente-cinq ans, ses deux oreilles suppurent avec de courts intervalles d'arrêt de cette suppuration. Intelligence très médiocre.

Depuis trois mois, l'écoulement n'a pas reparu. Depuis un mois, vertiges et chutes; fourmillements dans les membres, langue embarrassée, sensation de picotements.

Pendant quinze jours état stationnaire; bon état général, appétit conservé. Depuis quinze jours, l'entourage remarque une somnolence continuelle. La démarche est difficile à cause de la parésie de la jambe droite.

Parésie du bras droit; vertiges. Il y a huit jours, aggravation sensible.

La parésie fait place à la paralysie. Au tableau symptomatique vient s'ajouter un embarras plus marqué de la parole.

Déficit intellectuel prononcé. Frissons.

Depuis 3 jours, on remarque une hémi-parésie faciale. A noter que l'écoulement d'oreille a cessé depuis 3 mois et n'a pas reparu depuis.

Toux fréquente, expectoration muco-purulente.

L'examen des réflexes tendineux donne les résultats suivants : réflexe rotulien, spastique et fort; réflexes du triceps et réflexes des radiaux, spastiques et forts; réflexes cutanés abdominaux, négatifs des deux côtés.

Le signe de Babinski est positif à droite.

Langue déviée à droite. La face présente une légère déviation à gauche de la commissure des lèvres; des plis mieux accusés à gauche qu'à droite.

Impossibilité de siffler et de souffler. Hypotonie de la joue droite. Signe de Grasset positif. Signe du peaucier positif.

Ponction lombaire; forte tension; le liquide est teinté en jaune. Il contient quelques globules rouges et de nombreux leucocytes parmi lesquels dominent les mononucléaires et des lymphocytes.

Cœur normal.

Mastoïde gauche gonflée, très douloureuse à la pression; pas de température. Pouls normal.

Suppuration fétide de l'oreille moyenne des deux côtés. Il n'est pas fait d'examen du fond de l'œil, car l'état de la malade est mauvais.

Opération : mastoïde dure et éburnée, pas de pus dans les cellules. Antre profond! peu de pus.

On ne trouve pas trace de fistule conduisant à l'étage moyen du crâne. Mise à nu de la duremère sur une étendue de 2 centimètres carrés. Son aspect est normal.

Plusieurs ponctions à la seringue de Pravaz, avec une longue aiguille, sont faites en haut, en arrière, en avant, sans résultat. Ponction au histouri fin également négatif. L'état général reste très mauvais pendant 48 heures; le 3e jour, coma, mort.

A l'autopsie, on ne trouve aucune trace d'infection cranienne, ni généralisée, ni localisée. Il est à remarquer qu'on ne trouve aucune trace des nombreuses ponctions qui ont été faites. Elles paraissent donc avoir été bien tolérées et sans doute n'ont en rien hâté le dénouement.

Le diagnostic d'abcès du cerveau ne s'impose jamais par un signe pathognomonique. Il résulte toujours d'un ensemble symptomatique qui se trouvait réalisé chez notre malade.

D'abord, suppuration très ancienne de l'oreille. Cette othorrhée n'avait jamais été soignée. On sait, dans les antécédents des malades porteurs d'abcès du cerveau, que la suppuration chronique de l'oreille existe presque toujours.

Puis, arrêt brusque de cette suppuration, avec envahissement des cellules mastoïdiennes.

La rétention du pus est un symptôme très important dans l'évolution des complications intracraniennes. Dans le cas qui nous occupe, la rétention prenait une importance d'autant plus grande qu'elle était immédiatement suivie de la céphalalgie et des signes de localisation, parésie de la main, embarras de la parole, parésie de la jambe. Cet ensemble symptomatique s'est réalisé en trois mois; et il était bien difficile de repousser l'idée d'une collection intracranienne, abcès extra-dural, intra-dural ou cérébral, se développant progressivement et comprimant de plus en plus l'hémisphère cérébral correspondant. Les signes de localisation s'étaient manifestés lentement, peu à peu. A aucun moment il n'y avait eu d'*ictus* apoplectique. On ne pouvait s'arrêter au diagnostic d'hémorragie ou de ramollissement cérébral.

L'analyse des urines étant négative, il fallait bien éliminer les effets du diabète ou de l'albuminurie, dont les autres signes d'ailleurs n'avaient pas été révélés ni par l'interrogatoire, ni par l'examen.

La ponction lombaire indiquait un état d'hypertension intracranienne qui renforçait plutôt le diagnostic qui nous semblait probable; de même, la présence de lymphocytes et de mononucléaires dans un liquide céphalo-rachidien teinté faisaient soupçonner une lésion suppurative.

L'ensemble des symptômes nous portait nécessairement au diagnostic de collection intracranienne comme le plus probable. Et en revenant, après l'autopsie, à l'examen détaillé de l'observation, nous ne trouvons aucun signe capable, dans un pareil cas, de nous éviter l'erreur commise.

La gravité de l'état de la malade au moment de son entrée à l'hôpital avait empêché l'examen du fond de l'œil. Cet examen ne donne d'ailleurs que des indications relatives à l'hypertension intracranienne. Notre malade aurait peut-être présenté de l'*hyperhémie* des papilles avec dilatation veineuse plus ou moins accentuée. L'hypothèse est permise, puisque la ponction lombaire a montré de l'hypertension du liquide céphalo-rachidien. Enfin, le pouls ne présentait aucun caractère particulier; la lenteur du pouls, fréquente dans l'abcès cérébral, n'a pas été constatée.

A la vérité, notre diagnostic n'était pas abcès cérébral, mais plutôt hypertension intracranienne par collection séreuse purulente, collection séreuse par méningite séreuse, ou collection purulente par abcès extra-dural, intradural ou cérébral.

La méningite séreuse ou *otogène*, avec liquide céphalo-rachidien en hypertension, détermine un tableau symptomatique qui ressemble à s'y méprendre, à celui de l'abcès intracranien.

Nous en avons observé deux cas, qui ont été publiés dans le *Bulletin trimestriel d'Otologie*, en janvier 1908. Dans les deux cas, le malade, à la suite d'oto-mastoïdite, présentait une céphalalgie intense, des vertiges, des troubles de la vue, de l'hypertension du liquide céphalo-rachidien, un état général grave. La persistance de ces divers symptômes avait fait penser à une complication intracranienne. La duremère mise à nu, plusieurs ponctions n'avaient évacué que du liquide céphalo-rachidien en hypertension. La guérison était survenue immédiatement et est restée définitive.

La méningite séreuse est beaucoup moins fréquente que l'abcès intracrânien.

Quel que fut le diagnostic, l'intervention s'imposait. Elle ne permit de constater que des lésions minimes de la mastoïde. Plusieurs ponctions de la substance cérébrale à la seringue de Pravaz et avec un stylet furent négatives. La malade, opérée dans le coma, parût se trouver mieux pendant les premières heures qui suivirent l'opération; puis le décès survint le troisième jour.

L'autopsie permit de constater que les ponctions nombreuses n'avaient laissé sur la duremère et dans la substance cérébrale aucune trace visible, pas même de points *ecchymotiques*.

Le décès ne paraît pas avoir été hâté par l'intervention opératoire. Cela est utile à signaler, car dans les cas où l'on hésite, on pourra faire profiter plus facilement le malade des bénéfices d'une exploration intracrânienne par ponction, si l'on est assuré de son asepsie.

Pour expliquer l'hémiplégie, dans le cerveau on ne trouva aucune lésion suppurative, ni hémorragique. Pas de zone de ramollissement; les artères cérébrales paraissaient peut-être un peu scléreuses, mais, en tout cas, leurs lésions n'étaient pas bien apparentes.

Au point de vue général, nous devons ajouter que l'on a signalé quelques cas d'affections cérébrales avec terminaison mortelle sans lésions anatomiques suffisantes.

Dans la *Deutsch. med. Wochens.*, du 24 septembre 1908, Hochhaus rapporte l'observation de 7 malades qui présentèrent une hémiplégie ayant entraîné la mort dans un délai plus ou moins rapide. Alors que les symptômes cliniques faisaient présager des lésions en foyer importantes, l'autopsie ne montra au niveau de l'encéphale rien qui put les expliquer d'une façon satisfaisante. Dans trois de ces cas, l'auteur attribue les lésions à une néphrite interstitielle déterminant des troubles de la circulation cérébrale. Il rappelle qu'on a décrit des cas de pseudo-tumeur cérébrale, qu'on a observé des hémiplégies sans lésion en foyer chez des malades atteints de diverses infections ou intoxications, chez des pneumoniques, des tuberculeux des cancéreux. Dans ces divers cas, l'examen histologique des centres nerveux même n'a pas livré la clé de la symptomatologie.

Au point de vue spécial de l'otologie qui nous occupe plus particulièrement, nous devons retenir ce fait important :

Des symptômes de compression intracrâniens et des symptômes otiques graves peuvent coexister, sans qu'il y ait, entre les deux ordres de phénomènes, cette relation de cause à effet qui se présente à l'esprit avec tant de force.

De cette observation d'accidents cérébraux coexistant avec une otorrhée et ayant rendu inévitable le diagnostic erroné d'abcès intra-cranien, il me paraît intéressant de rapprocher un cas d'abcès énorme de l'hémisphère droit qui ne détermina aucun symptôme de localisation du côté des membres. Ce cas est remarquable par la longue période de latence d'une collection qui immobilisa le malade quelques jours seulement avant la mort.

La céphalée resta jusqu'au bout diffuse et prédomina au vertex. La pression et la percussion du côté atteint ne provoquaient aucune réaction douloureuse. Enfin, au lieu de la tension de la dure-mère, signalée par tous les auteurs au niveau de l'abcès, il existait une curieuse dépression du cerveau qui était rétracté et comme aspiré. Voici cette observation :

Abcès du cerveau.

Un homme de 25 ans vient à la consultation pour une otorrhée double, dans les premiers jours de juin 1910. Il exerce la profession de menuisier et est notablement gêné par la diminution de l'ouïe.

Je ne constate chez ce malade aucune douleur spontanée; la pression sur la région mastoïdienne en tous ses points n'éveille aucune douleur, pas plus que la pression et la percussion des régions temporale, occipitale et du vertex. Température et pouls normaux.

Le malade nous fait plusieurs visites à la consultation; il vient seul le plus souvent; il accuse une vague céphalée qu'il localise vers la région frontale. Interrogé à diverses reprises, il affirme très nettement ne pas pouvoir localiser le céphalalgie d'un côté plutôt que de l'autre. Ce qui finit par frapper le plus au bout

de quelques jours, c'est la physionomie ahurie du malade, qui s'explique d'ailleurs par sa surdité très prononcée.

Le 14 juin, ce malade est hospitalisé salle Sédillot.

Jusqu'au 20 juin, la température varie de 36° 4 le matin à 37° 4 le soir ; le pouls, manifestement ralenti, bat à 60. Le malade tombe dans un état de somnolence qui s'accentue chaque jour. Il répond difficilement aux questions qu'on lui pose, ne s'alimente que si on l'y contraint.

Dans la station debout : vertige intense, titubation obnubilation intellectuelle.

Dès les premiers jours de l'hospitalisation, je suis absolument convaincu de l'existence d'un abcès du cerveau. Décidé à une intervention opératoire, je suis obligé de temporiser, ne sachant de quel côté opérer. Le malade a une double suppuration d'oreilles, toujours pas la moindre douleur spontanée ou provoquée qui permette d'opérer d'un côté plutôt que de l'autre. Pas de vomissements, pas de modification apparente des réflexes rotuliens.

Le 19 juin, ponction lombaire, liquide céphalo-rachidien clair, hypertendu, avec lymphocytose très abondante (Dr Murat).

Examen des fonds d'œil : normaux (Prof. Cange).

Le 22 juin, température 38° 4. A force d'interrogatoire, je finis par obtenir une indication fort vague. La maladie actuelle a débuté quatre à cinq semaines avant mon premier examen, par des douleurs dans les deux oreilles. Cependant, les douleurs étaient plus vives à gauche qu'à droite.

23 juin. Si incertaine que soit cette indication, en l'absence de tout autre symptôme de localisation, je fais à gauche une cure radicale. Un peu de pus dans l'antre. Je mets la dure-mère cérébrale à nu sur une étendue de un centimètre carré : elle a l'aspect et la coloration normale. *Pas de battements*. Pas de tension de la dure-mère, qui, au contraire, paraît nettement refoulée en dedans, en quelque sorte aspirée. L'aspect de l'enveloppe cérébrale, l'absence de tension, enfin la présence de la goutte de pus rencontrée, me décident à ne pas aller plus loin. Je suis convaincu que s'il y a collection, elle ne peut être de ce côté.

Le 24 juin, température 39° 4, pouls 144.
Le 25 juin, température 37° 2, pouls 92.
Le 27 juin, température 36° 4, pouls 60.

Le malade est somnolent, il essaye de se lever et titube autour de son lit, l'air égaré.

Deuxième opération. — Cure radicale à droite, on ne trouve pas de pus. Mise à nu de la dure-mère, sa coloration est normale, mais de ce côté elle est très nettement tendue. Incision : résultat négatif. Ponctions branches en haut, en avant et en arrière avec la seringue de Pravaz et à la sonde cannelée. Je fais le pansement et je reviens au côté gauche convaincu, malgré le résultat négatif des explorations, qu'il y a du pus quelque part dans le cerveau. Séance tenante, je ponctionne la dure-mère du côté gauche à la sonde cannelée. A deux ou trois millimètres de la surface cérébrale, je trouve une collection énorme qui doit contenir un grand verre de pus, 250 à 300 gr., que j'évacue. Je dilate avec une pince de Kocher le trajet, je pénètre dans une cavité qui a la longueur de mon index. J'introduis un drain de la grosseur du doigt. L'opération a duré une heure un quart.

Le lendemain, mort. Pas d'autopsie.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Traitement et prophylaxie de la scarlatine et de la rougeole sans isolement selon la méthode de Milne,

par le Dr A. Gaullieur l'Hardy.

Au moment où la statistique municipale de Paris accuse une recrudescence de la rougeole, il est particulièrement intéressant de signaler une méthode de traitement dont un de nos confrères anglais dit avoir retiré depuis de longues années les plus grands avantages.

Le docteur Milne est le médecin des « Docteurs Barnado's Homes », institution philanthrophique située aux environs d'Aberdeen et qui, d'après ce que j'ai cru comprendre, est composée d'écoles et de cottages séparés où sont logés des garçons et des filles par petits gronpes séparés.

C'est là, que depuis trente ans, il applique sa méthode personnelle de traitement et de prophylaxie de la scarlatine et de la rougeole, méthode qui va à l'encontre des idées actuellement admises et qui a naturellement suscitée en Angleterre de violentes controverses. Comme son auteur vient de lui consacrer un important travail dans le « Lancet » du 22 avril dernier, nous allons en extraire les principales données. Pour plus de clarté, nous décrirons d'abord la méthode elle-même, puis nous exposerons les résultats que le docteur Milne affirme en avoir tirés.

Dès que le diagnostic de scarlatine est posé ou soupçonné, car c'est à la scarlatine que le procédé a tout d'abord été appliqué, le malade est doucement frictionné, du sommet de la tête à la plante des pieds, avec de l'huile d'eucalyptus. Cette friction est répétée matin et soir pendant quatre jours, puis à partir du cinquième jour jusqu'au dixième, la friction n'est plus pratiquée qu'une fois par jour.

En même temps, on badigeonne les amygdales et le pharynx, en allant aussi haut et aussi bas que possible, avec un tampon d'ouate, monté sur pince de préférence et imbibé complètement d'huile phéniquée au dixième. Ces badigeonnages sont répétés toutes les deux heures pendant le premier nycthémère et beaucoup plus rarement par la suite. Le tampon doit avoir, pour chaque enfant, les dimensions de la dernière phalange de son pouce.

Quand il s'agit de rougeole, il est bon de prendre quelques mesures complémentaires. C'est ainsi que, dès l'apparition de l'exanthème et si possible dès que se manifeste le coryza ou que sont visibles les tâches de Köplik, on procède au traitement ci-dessus décrit : mais en outre, l'enfant étant couché, on place au-dessus de sa tête et de sa poitrine, une large armature recouverte d'une lame de gaze sur laquelle on pulvérise de temps en temps de l'essence d'eucalyptus. On arrête et on détruit ainsi les germes pathogènes que la toux pourrait projeter à une grande distance.

« Les avantages réalisés par cette méthode, et ici nous cédons la parole au docteur Milne, sont les suivants : quand ce traitement est institué de bonne heure, ce qui est capital, il ne survient jamais d'infections secondaires et par conséquent, les complications sont inconnues. Si le traitement est appliqué avec soin, *d'autres enfants peuvent occuper la même chambre et partager le même lit* (l'auteur ne parle ici que de la scarlatine) sans risque de contagion. Le traitement est économique... Il permet en outre à la mère de soigner l'enfant tout en vaquant à ses occupations, aux autres enfants d'aller à l'école. Aucune désinfection ultérieure n'est nécessaire... En ce qui concerne la désinfection des cuillères, fourchettes et de la vaisselle des malades, on n'en pratique point et ces objets ne sont pas mis à part. Ils sont ramassés tous ensemble, lavés de la façon ordinaire et distribués indistinctement la fois suivante... Je n'ai pas établi que dans la rougeole les enfants peuvent coucher dans le même lit, mais j'ai cependant démontré ceci, qu'ils peuvent vivre et coucher dans une même pièce cubant 750 pieds avec des lits si rapprochés que les enfants peuvent se passer les jouets des uns aux autres. Pas plus dans la rougeole que dans la scarlatine, il n'est besoin de détruire les jouets, livres, etc. Ceux-ci peuvent être interchangés sans péril dès que l'enfant est capable de jouer ».

Ajoutons encore que lorsqu'il s'agit de rougeole, les enfants sains qui frayent avec les malades, selon l'audacieuse méthode du docteur Milne, couchent dans des lits sur lesquels on a pulvérisé de l'essence d'eucalyptus, et qu'ils portent constamment sur la poitrine un linge imbibé de la même substance, de façon à en respirer continuellement les vapeurs.

Maintenant que nous avons exposé la méthode, il nous reste à examiner quelques-uns des faits que son auteur invoque pour en démontrer la valeur curative et prophylactique.

Notons d'abord celui-ci, que, dans ces trente années, plus de 12.000 enfants sont passés par l'institution que surveille le docteur Milne, et qu'il n'y a eu que 245 cas de fièvre scarlatine. Cette proportion est extrêmement basse, surtout si l'on réfléchit que l'Angleterre est le pays de prédilection de la scarlatine. Entrons maintenant dans quelques détails. Le 1er février 1910 une infirmière de l'établissement eut à conduire à Londres quelques-uns des jeunes pensionnaires et ceux-ci furent en contact avec de nombreux enfants.

Le 4 février un des enfants qui étaient allés à Londres commençait une scarlatine typique, Il s'agissait d'une fillette de 7 ans qui fut immédiatement traitée par la méthode du docteur Milne. Or dans le même dortoir vivaient 26 enfants au-dessous de six ans, qui ne quittaient cette pièce que pour aller jouer à l'extérieur. La petite malade fit une desquamation abondante, au milieu des autres, se leva au dixième jour, partagea les jeux de ses petites camarades, échangea dès le début de l'affection ses jouets avec les leurs et néanmoins aucun cas de contagion ne se produisit dans le dortoir.

Sur l'invitation de l'auteur de la méthode, des membres de la British medical association, section d'Oxford, purent contrôler les faits suivants.

Un petit malade atteint de scarlatine fut soigné pendant toute la durée de sa maladie dans une salle de chirurgie, parmi 15 antres enfants et son lit se trouvait placé entre ceux de deux jeunes opérés pour hernie inguinale. Pas de contagion !

Deux enfants atteints de scarlatine et traités comme l'on sait restèrent au contact avec cinq autres dont deux au-dessous de trois ans. Un de ces deux enfants fut remis en contact au bout de dix jours avec toute la population scolaire de l'institution, soit 1.300 enfants. Pas de contagion.

Un cas enfin se produisit à la « Receiving House » où les enfants sont gardés, au moment de leur admission, pendant deux ou trois semaines et où ils sont lavés, nettoyés, etc. Dans la pièce où évolua ce cas de scarlatine, il y avait 19 enfants, dont 6 de un à trois ans, 6 de trois à sept et 7 de sept à quinze. Au bout de dix jours le petit malade fut mis en contact avec 60 antres enfants dont les âges variaient depuis celui de nourrisson jusqu'à quinze ans. Pas de contagion !

Passons à la rougeole, qui a donné au début plus de mal à notre confrère que la scarlatine. Les chiffres suivants sont pourtant remarquables : « Nous avions 600 fillettes il y a vingt-cinq ans ; 11.000 ont été admises depuis, il y en

a eu plus de 1.300 en résidence. Au cours de toutes ces années nous avons eu 234 cas de rougeole. »

Parmi les faits les plus récents, nous citerons les suivants.

Un jeune enfant très délicat fut pris de rougeole et placé à l'hôpital au milieu d'autres bébés: les soins spéciaux furent pris et il n'y eut aucun cas de contagion bien que les autres enfants eussent de deux ans à cinq ans.

Un cas éclate au milieu d'un groupe de 15 enfants ; l'exanthème est intense. La méthode du docteur Milne est appliquée et aucun cas de contagion ne se produit.

« Grâce au traitement, dit le docteur Milne, nous n'avons pas eu d'épidémie (de rougeole) durant ces derniers vingt-cinq ans et nous n'avons pas constaté non plus de cas où l'infection dépassât les premiers stades. Bien plus la virulence de la maladie est grandement modifiée et s'éteint rapidement. Je ne retrouve pas en effet d'infections secondaires à la rougeole dans mes notes de ces vingt-cinq années. »

Nous pourrions, à la suite de l'auteur, multiplier les exemples qu'il cite à l'appui de cette affirmation, mais comme ils sont tous calqués les uns sur les autres, nous ne le ferons pas, laissant à ceux que la question intéresse le soin de se reporter au travail original.

On conçoit sans peine qu'une pareille méthode n'ait pas passé sans soulever des protestations véhémentes et l'on n'est pas surpris qu'une « matron » de l'institution, convaincue depuis par les faits, ait écrit : « J'ai cru que le docteur Milne était insensé lorsqu'il m'ordonna de frictionner un enfant scarlatineux avec de l'huile d'eucalyptus, de panser sa gorge, et de le placer au milieu des autres enfants. »

Quant à nous, nous ne pouvons qu'enregistrer les faits si extraordinaires, mais si troublants par leur multiplicité, dont le médecin anglais se porte garant et nous avons pensé qu'il était intéressant de les signaler à ceux de nos confrères qui n'ont point eu en mains le travail du docteur Milne

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

De la torsion pédiculaire des kystes de l'ovaire, par M. le Dr Gorse, médecin-major de 2e classe à Lille. (*Bull. méd.*).

Parmi les diverses complications que peuvent présenter les kystes de l'ovaire, il en est une particulièrement intéressante en raison des accidents qu'elle peut entraîner : c'est la torsion de leur pédicule ; elle est essentiellement caractérisée au point de vue anatomique par la torsion en spirale de ce pédicule et au point de vue clinique par des phénomènes de congestion passive et d'asphyxie locale.

Ces accidents sont connus depuis une date relativement récente; en effet, jusqu'en 1840, cette complication est totalement inconnue ; à ce moment Rokitansky en fait mention, mais elle ne constitue encore qu'une trouvaille d'autopsie. Depuis 1880, au contraire, nombreux sont les travaux publiés sur cette importante question ; pour ne citer que les principaux, nous mentionnerons en Angleterre ceux de Lawson Tait et de Spencer Wells, en Amérique ceux de Thornton et Cumston, en France ceux de Terrillon, Lejars, Estor, les thèses de Guichard, Baron, Coignerai, Sanson.

Cette complication des kystes de l'ovaire est relativement fréquente, mais les divergences entre les auteurs commencent dès qu'il s'agit d'établir la proportion de ces accidents. Certains, en particulier Gelpke (de Bâle), croient que 30 0/0 des femmes atteintes de kystes de l'ovaire présentent cette complication ; mais pour la majorité des auteurs la proportion est beaucoup moindre, et ne dépasse pas en moyenne 6 à 7 0/0.

Cette proportion varie d'ailleurs d'une façon très notable suivant la variété du kyste à laquelle on a affaire. A ce point de vue, si l'on ne constate aucune différence entre les kystes multiloculaires et uniloculaires, il existe par contre une différence très sensible suivant que l'on considère les kystes dermoïdes ou les kystes mucoïdes, les premiers présentant, en effet, une prédisposition très marquée pour cette complication.

On a voulu rechercher quelle pouvait être l'influence de l'âge de la malade ; elle n'a qu'une importance secondaire, car cette étude ne donne aucune donnée précise ; toutefois cette complication paraît être un peu plus fréquente de vingt-cinq à trente ans et de quarante-cinq à cinquante qu'aux autres périodes de la vie.

Les causes de cette complication des kystes de l'ovaire sont peu nettes et mal connues et l'étude de ces causes n'est que l'étude des divers facteurs pouvant jouer un rôle dans l'apparition de ces accidents.

Pour étudier ces multiples facteurs, nous les diviserons en deux groupes principaux : les causes intrinsèques, c'est-à-dire dues à la tumeur elle-même et les causes extrinsèques, ou indépendantes de la tumeur. L'étude de l'étiologie de cette complication se ramène en somme à examiner quel peut être le rôle joué par un grand nombre de facteurs différents.

Dans les causes dues à la tumeur elle-même on a cherché quel pouvait être le rôle du volume, de la densité, de la sphéricité plus ou moins parfaite de la tumeur : le seul point qui paraît acquis est que ce sont les kystes de volume moyen qui présentent le plus facilement la complication de la torsion pédiculaire.

La plupart des auteurs attribuent un rôle important à la longueur et à la minceur du pédicule ; plus le pédicule est long et mince et plus il se tord facilement. Toutefois Estor (de Montpellier) est d'avis différent et pour lui ce sont au contraire les pédicules les plus courts qui sont les plus exposés à la torsion.

On a voulu faire jouer un rôle à l'inégalité du développement de la tumeur kystique en ses différents points (Maillard), au déplacement du centre de gravité (Vercoutre), à une ponction faite dans une loge d'un kyste multiloculaire, à la produstion d'hémorragies intra-cavitaires. Ces causes ont été relatées dans nombre d'observations; mais elles agissent toutes de la même manière, comme cause d'instabilité de la tumeur : et, en résumé, dans les causes intrinsèques, toutes celles qui jouent un rôle agissent en augmentant l'instabilité du kyste.

Comme causes extrinsèques, on a voulu faire jouer un rôle à la menstruation ; mais il nous paraît difficile à comprendre et à admettre. On a parlé aussi de la grossesse mais il est probable qu'il ne s'agit là que de coïncidence, quoique sur ce point les avis des auteurs soient très partagés. L'accouchement peut agir aussi en modifiant la statique du kyste ; pour la plupart des auteurs les accouchements répétés agiraient sur l'apparition des accidents et provoqueraient le relâchement de la paroi : mais il résulte des recherches statistiques d'Estor que c'est au contraire chez les femmes n'ayant eu qu'un enfant que la torsion pédiculaire des kystes de l'ovaire apparaît le plus fréquemment. On a voulu aussi faire jouer un rôle à une exploration médicale récente, au voisinage d'une tumeur de l'autre ovaire, aux alternatives de réplétion et de déplétion de l'intestin et de la vessie, qui paraissent n'avoir absolument aucune valeur, à l'ascite qui agirait en provoquant la mobilité du kyste, mais en réalité dans les cas de coexistence d'ascite, cet épanchement est le plus souvent consécutif aux accidents; il en est le résultat et non la cause.

On a encore invoqué l'influence des ébranlements de l'abdomen résultant des changements d'attitude, des mouvements brusques spontanés ou volontaires, et c'est ainsi que Gelpke prétend que la torsion pédiculaire des kystes de l'ovaire est particulièrement fréquente chez les ouvrières fileuses de soie qui, d'après ses calculs, exécutent quotidiennement 18.000 mouvements de flexion des reins.

De cette longue énumération de causes, il résulte que peuvent agir pour l'apparition de la torsion pédiculaire toutes celles qui favorisent l'instabilité du kyste, mais dans tous les facteurs étiologiques mentionnés, s'il en est qui expliquent la mobilité, il n'y en a pas un seul qui explique la torsion.

Pour expliquer la torsion, en effet, aucune explication satisfaisante n'a été donnée et on est réduit à des théories qui ne solutionnent nullement la question si controversée de la pathogénie de ces accidents.

Potherât, dans une théorie ingénieuse mais inexacte, a comparé le kyste à un sphéroïde qui serait comprimé entre deux points opposés de sa surface, mais un kyste n'a jamais une régularité géométrique rendant ce mouvement possible et d'après cette théorie la torsion devrait se faire aussi fréquemment dans un sens que dans l'autre, alors qu'en réalité, comme nous le verrons plus loin, il n'en est pas ainsi.

Des théories beaucoup plus extraordinaires ont été émises ; à titre de curiosité uniquement, nous mentionnerons celle de Fischer, pour qui le mouvement de torsion serait un mouvement identique à celui qui, d'après les lois de Goodsiz, gouvernerait le développement des êtres vivants ! les organes symétriques seraient doués d'un mouvement en spirale qui entraînerait la torsion du pédicule.

Pour d'autres auteurs, notamment Freund, ce serait le développement même de la tumeur qui serait la cause de la torsion pédiculaire ; le kyste, en dépassant les limites de la cavité pelvienne pour devenir abdominal, basculerait autour d'un axe transversal et subirait une torsion de 90° qui serait le commencement, l'amorce en quelque sorte de la torsion du pédicule. Il est vrai que pour certains, Pfannenstiel notamment, cette torsion de 90° serait normale et il faudrait 180° au moins pour que l'on ait affaire à une torsion pathologique. Il n'en est pas moins vrai que l'on peut considérer la torsion de 90° comme le début possible des accidents ; la torsion pédiculaire ne serait alors que l'exagération d'une disposition physiologique.

En résumé, l'étiologie de la torsion pédiculaire des kystes de l'ovaire est très obscure et sa pathogénie est à peu près complètement inconnue.

Par contre, nous sommes beaucoup mieux renseignés sur les lésions qu'elle provoque.

Un grand nombre d'auteurs croient que les lésions seraient plus fréquentes à droite qu'à gauche (Rokitansky, Olshausen, Estor) et font jouer un rôle, sans d'ailleurs l'expliquer, à la présence du cœcum de ce côté. Terrillon, au contraire, croit que les accidents sont aussi fréquents d'un côté que de l'autre.

La première lésion apparente de la torsion pédiculaire est la torsion elle-même. Son amplitude est très variable ; généralement elle est de deux tours, mais elle peut aller d'un demi-tour à 4 ou 5 dans le cas où elle est très accentuée.

Cette torsion se fait le plus souvent de gauche à droite, dans 62 0/0 des cas pour Estor. Pour Rokitansky et Lawson Tait les kystes de l'ovaire droit tournent de gauche à droite, et ceux de l'ovaire gauche, de droite à gauche ; sans être absolue, la théorie de ces auteurs contient certainement une grande part de vérité.

Quelquefois on peut constater des formes exceptionnelles, notamment des doubles torsions comme dans un cas de Le Dentu.

La torsion, quand elle s'est produite, détermine des lésions du pédicule et des lésions du

kyste et ces lésions sont différentes suivant que l'on a affaire à une torsion complète ou à une torsion incomplète.

Dans la torsion incomplète, le pédicule est violacé, gonflé, œdémateux ; les veines présentent en amont de la striction, une dilatation anormale. Si la torsion continue, des lésions de thrombose apparaissent et elles peuvent se propager aux veines des ligaments larges, aux veines iliaques et aux veines des membres inférieurs (Terrillon et Frœnkel). Des lésions analogues apparaissent ensuite du côté des artères.

La torsion complète est caractérisée par l'apparition d'un sillon de constriction sur le pédicule : dès que ce sillon a apparu, le pédicule présente une friabilité particulière.

Des accidents de sphacèle peuvent apparaître et aboutir à la section du pédicule ; il existe des observations où le kyste s'est ainsi complètement libéré de son pédicule et est resté libre dans la cavité abdominale.

Les lésions du kyste sont entièrement sous la dépendance des troubles circulatoires, qui se traduisent par des phénomènes congestifs. Sous cette influence, le kyste augmente de volume et des hémorragies se produisent dans son intérieur et à l'extérieur. Il est turgescent, violacé, noir, couvert de dépôts fibrineux. Ses parois sont épaissies, infiltrées de sang, présentent des petites hémorragies à foyers allongés : ce sont des hématomes périvasculaires, qui se rencontrent dans 81 0/0 des cas ; des hémorragies diffuses peuvent en outre apparaître dans tout le tissu de la tumeur par suite de ruptures veineuses intra ou extra-kystiques.

Le contenu du kyste est formé par un mélange de sang et de liquide kystique en proportions variées, mélange donnant l'aspect d'un liquide brunâtre ou noirâtre. Parfois les lésions n'occupent qu'une partie du kyste, mais ces cas sont rares et leur pathogénie est très obscure.

Lorsque la torsion est complète, le sang artériel n'arrive plus et alors les accidents congestifs s'effacent devant les accidents de nécrobiose. Le kyste devient friable, des escharres apparaissent et dans 13 0/0 des cas en aperçoit à la surface du kyste des espaces présentant la teinte feuille morte caractéristique. Ce processus gangréneux aboutit, dans 45 0/0 des cas, à la perforation et à la rupture du kyste.

D'ailleurs le sphacèle n'est pas fatal, même lorsque le kyste est complètement séparé de son pédicule, en raison des adhérences qui peut présenter le kyste avec des organes voisins et qui suffisent à la nutrition de la tumeur. Ce mécanisme peut suffire même au kyste complètement séparé pour assurer sa nutrition. Le sort de ce kyste séparé peut être très différent : il peut continuer à s'accroître, rester stationnaire ou s'atrophier; ces phénomènes de régression se font par sclérose, par dégénérescence graisseuse ou par calcification du kyste.

Toutes ces lésions d'ailleurs dépendent uniquement de la rapidité avec laquelle se produit la torsion et nullement du nombre de tours de spire.

Elles présentent en outre ceci de particulier qu'elles ne se limitent pas au kyste et au pédicule. En effet le mouvement de giration du pédicule attire à lui les organes voisins : trompes, utérus, ligament large. Un cas a été observé où le ligament large était tordu et où l'utérus présentait une torsion en spirale à 180° ; dans un cas de Wilson, l'utérus, la trompe et le ligament large faisaient partie du pédicule.

Dans plus de la moitié des cas il existe des adhérences du kyste avec les organes voisins ; il en existe surtout avec le péritoine pariétal et l'épiploon, quelquefois avec l'intestin et la vessie.

Ces adhérences ne sont pas les seules lésions qu'on rencontre du côté du péritoine ; on trouve de l'ascite et même parfois un épanchement sanguinolent ou sanglant, surtout lorsqu'il y a eu rupture du kyste. Baron, dans sa thèse, cite un cas de Reclus, où on trouva dans le péritoine 200 gr. de liquide noir. On y constate aussi des lésions de péritonite qui sont le plus souvent des péritonites atténuées, mais qui dans 5 0/0 des cas prennent la forme de péritonites septiques à la suite de l'invasion de microbes provenant de l'intestin, en particulier du bactérium coli. Le grand épiploon peut présenter aussi une torsion simultanée au niveau d'une adhérence, comme dans un cas de Potherat.

L'intestin ne reste pas indemne ; il peut du fait d'adhérences être entraîné dans la torsion ; il peut se couder sur une adhérence, il peut enfin être comprimé par le kyste tordu enclavé.

Du côté de l'appareil urinaire, on peut observer de la compression de la vessie et des uretères. L'appareil circulatoire enfin présente à considérer une lésion curieuse et un peu imprévue, qui est une leucocytose très marquée, fait dont Tuffier a rapporté un cas très probant au Congrès de chirurgie de 1904.

Les lésions dues à la torsion pédiculaire des kystes de l'ovaire peuvent donc être très variées : à des lésions différentes correspondront également des types cliniques différents que nous allons maintenant examiner.

Dans la torsion brusque, les accidents débutent subitement chez une femme en pleine santé. Le premier signe est l'apparition d'une douleur atroce dans le ventre, le plus souvent dans le flanc droit ; elle s'irradie dans l'abdomen, à la région lombaire et dans les cuisses. La face est pâle ; les sueurs froides apparaissent, le pouls est misérable, la respiration faible, la température, d'abord en dessous de la normale, s'élève ensuite, soit à cause de la résorption du sang épanché, soit à cause de l'infection secondaire, de la péritonite.

Parfois des symptômes digestifs viennent se surajouter à ce tableau clinique ; des nausées, des vomissements d'abord alimentaires, puis bilieux, du météorisme abdominal font leur apparition. Il existe de la constipation et parfois même une véritable obstruction intestinale. Les symptômes d'occlusion que l'on peut attribuer à la parésie du muscle lisse par inhibition, priment parfois les signes ordinaires de la torsion ; la malade a de l'arrêt des gaz, des vomissements qui deviennent rapidement fétides, noirâtres et même fécaloïdes, du ballonnement du ventre, en un mot tous les symptômes de l'iléus.

Dans d'autres cas on a l'aspect clinique d'une péritonite appendiculaire ; une douleur atroce apparaît subitement dans le flanc droit, puis se généralise dans tout l'abdomen en même temps que des vomissements d'abord bilieux puis porracés apparaissent, la température n'est pas supérieure à la normale, le pouls est petit, fréquent un peu irrégulier.

Ces types cliniques correspondent tous à des formes aiguës ; à côté d'elles il existe des formes subaiguës, où les mêmes symptômes existent, mais atténués ; la maladie procède par crises et leur renouvellement est la caractéristique de ces formes. Après chaque crise, les accidents en peu de jours s'atténuent et tout s'apaise ; parfois les crises ont une durée plus longue ; exceptionnellement elles peuvent durer un ou deux mois. Les intervalles de repos sont variables ; les crises peuvent se produire à chaque période menstruelle (Thornton, Olshausen, Labbé) ou à intervalles très réguliers et sans cause apparente. Enfin, il existe des formes latentes, qui ne se manifestent par aucun symptôme et qui pour certains auteurs seraient beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croit généralement.

Les aspects cliniques de la torsion pédiculaire n'ont donc rien de caractéristique ; les symptômes pouvant mettre sur la voie du diagnostic seront tirés principalement de l'examen de la tumeur. Cet examen est le plus souvent difficile, la défense musculaire gênant la palpation.

On découvre généralement une tumeur volumineuse remontant vers l'hypochondre ; le kyste a augmenté de volume et changé de position ; souvent, il est immobilisé à la suite d'un enclavement, et par le toucher vaginal on trouve dans un cul-de-sac une masse empâtée. La tumeur a une consistance ferme et donne une vague sensation de fluctuation profonde ; parfois la tension de la tumeur est telle, qu'on a la sensation d'une tumeur solide.

Dans la forme subaiguë, il y a lieu de remarquer qu'après chaque crise, le kyste reste généralement augmenté de volume à la suite d'hémorragies intra-kystiques.

La torsion pédiculaire provoque souvent des complications fort redoutables ; dans les crises aiguës, on peut avoir la perforation et la rupture du kyste qui se manifestent s'il y a eu, comme c'est le cas le plus fréquent, des hémorragies intra-kystiques, par des signes d'hémorragie interne.

Le pouls est petit et diminue progressivement, la température s'abaisse au-dessous de la normale, la malade est en syncope, les extrémités se refroidissent ainsi que le nez et la langue, la face est pâle, les pupilles dilatées, le regard vague ; c'est le tableau classique de l'hémorragie interne et ces symptômes augmentent progressivement, à mesure qu'augmente la quantité de sang épanché.

Dans d'autres cas, par suite de la gangrène du kyste, ce sont les complications infectieuses qui surviennent ; ce n'est plus alors la réaction péritonéale relativement bénigne, que certains auteurs qualifient de péritonisme et non de péritonite et qui apparaît au moment des crises ; c'est la péritonite septique vraie, la péritonite aiguë classique avec tous ses symptômes et toutes ses conséquences.

D'autres complications sont plus tardives ; dans les formes subaiguës c'est d'abord le retour des crises, dont la gravité est variable : ce sont, dans l'intervalle des crises, des troubles digestifs dûs aux phénomènes de compression et aux tiraillements provoqués par les adhérences, troubles pouvant rendre l'alimentation impossible, entraînant secondairement la cachexie de la malade. Ces malades sont toujours exposées à des accidents d'occlusion intestinale, et aussi à des complications urinaires, empoisonnement urineux, pollakiurie, pyélonéphrite, quelquefois même sphacèle de la vessie à la suite de la compression des uretères.

Il ressort nettement de l'étude de la symptomatologie que le diagnostic sera parfois très difficile et la notion de l'existence d'une tumeur antérieure aura une importance capitale. On aura à faire le diagnostic avec trois groupes principaux d'affections :

1° Les autres accidents des tumeurs de l'ovaire ;

2° Les autres tumeurs abdominales ;

3° Les autres affections abdominales.

Le diagnostic avec les autres accidents des tumeurs de l'ovaire est pour ainsi dire impossible ; on peut se trouver en présence d'un étranglement du pédicule par une bride fibreuse, d'une élongation du pédicule tiraillé par des adhérences, de kystes intra-ligamentaires tordus, de tumeurs solides à pédicule tordu. Lorsque la nature solide de la tumeur n'a pu être diagnostiquée à temps, ce n'est qu'à l'intervention que le diagnostic peut être fait.

La rupture d'un kyste de l'ovaire pourra généralement être distinguée de la torsion pédiculaire par la diminution de volume de la tumeur qu'elle occasionne.

Une hémorragie interstitielle dans les tu-

méurs solides peut présenter un aspect clinique ressemblant à celui de la torsion pédiculaire, mais il s'agit là de faits absolument exceptionnels. Dayot en a publié un cas qui est relaté dans la thèse de Coigneral.

Le diagnostic avec les autres tumeurs abdominales, quoique souvent très délicat, peut parfois être fait. La torsion pédiculaire des kystes de l'ovaire pourra être confondue avec la torsion des hydrosalpinx, sur laquelle Cathelin et Hartmann ont particulièrement attiré l'attention ; mais on devra penser plutôt à cette dernière affection lorsqu'on se trouvera en présence d'une tumeur de petites dimensions ne dépassant pas habituellement le volume d'une orange ; parfois l'hydrosalpinx tordu ne s'accompagnera pas de tumeur apparente et dans 17 0/0 des cas environ, il y a coexistence de métrorragies.

Une rupture de grossesse extra-utérine pourra être confondue avec la torsion pédiculaire d'un kyste, mais habituellement l'épanchement sanguin est plus abondant dans la rupture de grossesse extra-utérine, et il faudra soigneusement rechercher les signes de gravidité antérieure qui devront faire penser à cette affection.

Le diagnostic est absolument impossible avec les fibromes utérins à pédicule tordu.

D'autres affections abdominales peuvent être confondues avec la torsion pédiculaire des kystes de l'ovaire ; ce seront les coliques hépatiques et néphrétiques, les occlusions et perforations intestinales, l'appendicite qui, comme la torsion pédiculaire d'un kyste de l'ovaire droit, est une affection à crises avec point douloureux à droite et réaction péritonéale, l'étranglement abdominal vrai ou faux. Mais, dans tous ces cas, il n'y a pas de tumeur à l'examen, et le diagnostic ne pourra être posé que sur ce signe, la présence ou l'absence d'une tumeur.

Il s'agit là du diagnostic de la crise de torsion et non pas de l'affection dans l'intervalle des crises ; dans ces intervalles il faut faire le diagnostic rétrospectif de la crise, ce qui est particulièrement délicat.

Le pronostic de la crise aiguë de torsion est grave, mais, même dans ces cas, la péritonite peut guérir et le kyste s'atrophier. Cette péritonite, en effet, est relativement bénigne ; pour certains auteurs, il ne s'agit même que de péritonisme dans la plupart des cas ; ce qu'il y a de certain, c'est que la gravité réelle est moindre que ne le ferait croire l'aspect de la malade et si la péritonite aiguë vraie apparaît, c'est secondairement, en venant se greffer sur la péritonite bénigne qui accompagne les premiers accidents de torsion. Tant que la péritonite aiguë n'aura pas apparu, de bons résultats pourront être obtenus par un traitement approprié.

Le pronostic de la forme subaiguë est moins grave immédiatement que celui de la crise ; mais on est exposé dans cette forme à avoir, d'un moment à l'autre, une crise aiguë grave. Le pronostic de la forme latente est identique, cette forme se transformant et se confondant alors avec les deux précédentes.

Il résulte de cette étude du pronostic qu'un traitement approprié pourra donner d'excellents résultats. Quel sera ce traitement ? Il ne faudra, naturellement, jamais compter sur la détorsion spontanée ni sur la guérison du kyste par atrophie à la suite de la torsion et nous éliminerons d'emblée les traitements médicaux, ainsi que la ponction. Le seul traitement rationnel sera la laparotomie.

Devra-t-on opérer à chaud ou à froid, c'est-à-dire pendant la crise ou dans l'intervalle des crises ? C'est par analogie avec ce qui se passe pour l'appendicite, que l'intervention à froid a été proposée, mais ici elle est contre-indiquée. Pendant la crise de torsion, on n'a que du péritonisme ou une péritonite bénigne, tandis qu'en attendant on est exposé à opérer en pleine péritonite aiguë, c'est-à-dire dans des conditions beaucoup moins favorables. On opérera donc à chaud et d'urgence, car plus l'intervention sera précoce meilleurs seront les résultats. L'opération elle-même, une fois la cavité abdominale ouverte, comprendra trois temps :

La dissection des adhérences ;

La détorsion du pédicule ;

La ligature du pédicule et sa section en tissu sain.

Ces trois temps constituent l'opération typique ; mais, pratiquement, elle sera souvent plus complexe ; on pourra parfois être obligé d'enlever l'utérus, s'il est dans le pédicule, de faire des entérorraphies ou même des entérectomies dans les cas où l'intestin aura été rompu pendant la dissection des adhérences.

Mais doit-on opérer dans tous les cas, ou existe-t-il des contre-indications à la laparotomie ? Il n'en existe aucune dans l'état général, car même si la malade est en pleine péritonite, l'intervention reste encore la seule chance de salut malgré le plus grave pronostic. On a voulu aussi considérer la grossesse comme une contre-indication ; il n'en est rien, seulement on devra alors prendre quelques précautions spéciales ; il faudra faire une incision aussi petite que possible et éviter de toucher à l'utérus, pour ne pas provoquer de contractions utérines.

L'opération, si elle est pratiquée hâtivement dans les premières heures suivant le début de la crise, ne présente pas plus de gravité que l'ablation d'un kyste de l'ovaire ordinaire et les résultats seront excellents.

Si l'on opère alors que les signes de péritonite ont déjà apparu, les résultats obtenus seront encore satisfaisants, mais ils seront beaucoup moins bons quand il y aura eu des phénomènes d'étranglement intestinal.

En résumé, on doit toujours opérer la torsion pédiculaire des kystes de l'ovaire et le plus tôt possible, car s'il est vrai que les phénomènes péritonéaux qui accompagnent la crise sont parfois moins graves qu'ils ne le paraissent, ils peuvent néanmoins se compliquer de péritonite aiguë et de septicémie péritonéale avec leurs formes habituelles ; on devra donc toujours opérer d'urgence et il n'existe aucune contre-indication à l'intervention.

CARNET DU PRATICIEN

Artério-sclérose

Traitement à la période artérielle, caractérisée par la dyspnée d'effort toxi-alimentaire, insomnie, pâleur des intoxiqués, etc.

Indications : Combattre l'intoxication, l'imperméabilité rénale, l'hypertension.

1° *Contre l'intoxication.* — Régime lacté ou lacto-végétarien ;

2° *Contre l'imperméabilité rénale.* — Eaux minérales diurétiques :

Théobromine....................	0 gr. 50
Acide thyminique....................	0 gr. 15

pour un cachet. Un cachet le matin.

3° *Contre l'hypertension artérielle.* — Exercices physiques modérés. Hydrothérapie prudente. Bains carbo-gazeux.

Sol. alc. de trinitrine à 1 p. 100	XX gouttes
Eau distillée..................	200 grammes

De 1 à 3 cuillérées à soupe par jour.

ou :

Sol. alc. de trinitrine à 1 p. 100	XL gouttes
Eau stérilisée..................	10 grammes

Un c. c. en injection hypodermique.

ou encore :

Tétranitrol....................	0 gr. 005

Pour 1 comprimé ; 4 à 5 par jour à 4 heures d'intervalle.

ou encore :

Solut. alcool. à 1 p. 100 d'hexanitrine........	V à XX gouttes par jour

ou :

Nitrite de soude..............	0 gr. 20
Nitrate de potasse..............	1 gramme
Bicarbonate de soude..............	2 —
Eau distillée..................	60 —

A prendre en trois fois dans la journée.

(Rénon.)

On peut utiliser les extraits thyroïdien (avec prudence) ou ovarien (au moment de la ménopause).

Enfin, on peut prescrire :

Silicate de soude.......... 1 à 3 grammes par jour.

(L. Bodin.)

Traitement à la période cardio-artérielle. — Dyspnée et insomnie toxi-alimentaires plus accusées. Tachycardie avec bruit de galop. Arythmie cardiaque. Tendance à la dilatation cardiaque et aux œdèmes viscéraux.

Régime lacté exclusif, ou lacto-végétarien, ou hypochloruré.

Médication hypotensive indiquée plus haut ou :

Dix à quinze jours par mois faire prendre au malade :

Iodure de potassium ou de sodium.......... 0 gr. 20 à 0 gr. 50 par jour.

ou encore :

Iodure de rubidium..........	2 gr. 50
Eau distillée..........	125 grammes

Deux cuillères à café par jour dans un quart de verre d'eau immédiatement avant le repas.

(Rénon.)

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 17.500 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 35, rue J.-J. Rousseau

Le Gérant : Docteur Lucien Graux.

ÉCHOS

Le commerce de l'absinthe en Algérie

Le président de la République vient de rendre le décret suivant :

Art. 1er. — A partir du 1er janvier 1912, sont interdites en Algérie la détention et la mise en vente :

1° Des absinthes on boissons similaires autres que l'anisette d'une teneur alcoolique inférieure à 55 degrés;

2° Des anisettes similaires d'absinthe dont la teneur alcoolique sera inférieure à 45 degrés;

3° Des bitters, amers et autres boissons apéritives à base d'alcool d'une teueur alcoolique inférieure à 30 degrés.

Toutefois, les absintbes on similaires, les anisettes similaires d'absintbe, les amers et autres boissons apéritives à base d'alcool d'un degré alcoolique inférieur à ceux spécifiés ci-dessus pourront être fabriqués et détenus par les marchands en gros, fabricants, à charge d'exportation.

Art. 2. — Tout récipient contenant de l'absintbe ou boisson similaire y compris l'anisette, des bitters amers et antres apéritifs à base d'alcool, doit être revêtu d'une étiquette indiquant, en caractères très apparents d'au moins 6 millimètres de hauteur, le degré alcoolique du liquide.

Art. 3. — Toute iufraction aux dispositions qui précèdent est punie des peines édictées par l'article 10, premier alinéa, de la loi du 26 mars 1872.

Assistance médicale civile en Indo-Chine.

En 1907, M. le Gouverneur général Beau, voulant doter l'Indo-Chine d'un corps de médecins civils attachés an pays, connaissant ses institutions et sa langue créa par arrêté du 30 juin 1905 le corps de l'assistance médicale de l'Indo-Chine.

De nombreux praticiens répondirent à cet appel, le nombre des demandes fut considérable, mais il fallait compter avec les disponibilités budgétaires et l'on dnt faire une sélection dans laquelle il y eut peu d'élus. Néanmoins, le corps d'assistance médicale civile de l'Indo-Chine s'organisait. Partout, les avantages de cette nouvelle institution se montraient. Très vite, les Médecins d'assistance se firent remarquer par leur dévouement, ils inspirèrent confiance aux populations, ils apprirent la langue du pays, si bien que ce fut dans le corps de l'assistance, le dernier né de l'administration Indo-chinoise, que l'on put compter le plus grand nombre de fonctionnaires français parlant la langue du pays.

M. le Gouverneur général Klobukowski pensa que de pareils résultats justifiaient un effort plus grand de la part de l'Administration et par décret présidentiel du 25 octobre 1909 rendu sur sa proposition, le corps d'assistance médicale recevait une organisation définitive et voyait son existence officiellement reconnu.

Actuellement, il y a en Indo-Chine 50 médecins d'assistance civile, c'est encore bien peu si l'on considère l'œuvre à accomplir, mais comme nous l'avons dit plus haut, les considérations budgétaires ne permettent pas d'aller plus vite pour le moment et de compléter les cadres d'une organisation qui rend déjà tant de services à la cause française en Extrême-Orient.

Nous avons pensé être utile à nos confrères de France en leur faisant connaître les avantages qu'ils pourraient trouver dans le corps d'assistance de l'Indo-Chine.

La solde de début (médecin stagiaire) est de 7.000 francs, la durée du stage est de deux ans. Le diplôme d'un «institut de médecine coloniale» dispense d'une année de stage.

Au bout de deux ans de stage, le médecin devient titulaire de 4e classe à la solde de 9.000 francs; à partir de ce grade il a droit tous les 3 ans à un avancement et les soldes sont :

Titulaire de 3e classe.... 11.000 francs.
— de 2e classe.... 13.000 francs.
— de 1re classe.... 15.000 francs.

Avec droit à un congé de 6 mois en France tous les trois ans, à la retraite proportionnelle à partir de 15 ans de services et à la retraite pour ancienneté de service à 25 ans de service.

Aux appointements s'ajoutent les sommes suivantes comme frais fixes de tournées, stagiaires 1.200 francs, titulaires 1.800 à 2.400 et vaccinateurs 3.000. Tous les médecins sont logés et meublés.

En dehors de sa solde, le médecin d'assistance peut faire de la clientèle civile et améliorer ainsi sa situation d'une façon appréciable.

Tous les ans, au Ministère des Colonies, dans le cours du mois de décembre, une session d'examen est ouverte pour le recrutement des Médecins d'assistance. Le nombre des candidats à admettre est fixé à l'avance.

Nons espérons que la question financière u'arrêtera pas plus longtemps les pouvoirs publics et qu'à l'aide du récent emprunt de 200 millions dans lequel une large part doit être faite au développement de l'assistance médicale, ils pourront compléter et mener à bonne fin cette œuvre si utile.

Ce qu'il faut boire et manger en été.

D'après M. le docteur Marcel Labbé, durant la saison chaude, la première précaution à prendre en matière de nourriture est de moins manger qu'eu hiver et cela pour l'excellente raison que nous dépensons moins d'énergie.

On mangera donc en été moins de viande, moins de substances albuminoïdes, qui se frelatent facilement par les grandes chaleurs. On peut manger de tout, bien entendu, mais il est nécessaire de veiller à ce que tous les aliments pris soient d'une fraîcheur absolue.

En principe donc, point de charcuterie, point de pâtés; du poisson s'il est très frais, de la viande fraîche.

Comme les légumes et les fruits abondent en été, et qu'ils sont frais, on peut en faire une grande consommation.

Les légumes et les fruits tiennent d'ailleurs de la place et nourrissent moins que la viande.

C'est ce qu'il faut en été.

Pour la boisson, boire entre les repas. L'eau pouvant plus facilement être polluée en été, lorsque les sources tarissent légèrement, qu'en hiver, on doit faire bouillir son eau.

Les boissons glacées ne sont point très recommandables. Elles ne désaltèrent pas et elles peuvent provoquer des diarrhées ou des entérites.

Point d'alcool ou fort peu : c'est aux boissons alcooliques que l'on doit en effet le plus grand nombre de congestions cérébrales qui surviennent en été.

Les boissons les plus hygiéniques, pendant les chaleurs sont les infusions : infusions d'écorce d'orange, infusions de citron, de thé, de camomille, de malt, de menthe et autres infusions rafraîchissantes.

Le palais du radium.

C'est une construction sans pareille au monde que vient de commencer pour Mme Curie l'architecte de la Sorbonne et de l'Institut de chimie, M. Nénot.

Le palais du radium offrira cette particularité que tous les murs seront doublés intérieurement d'épaisses couches de plomb pour être imperméable aux rayons du radium.

Les fondations du palais du radium seront édifiées tout spécialement avec des matériaux d'une extrême solidité, assis à une grande profondeur dans le sol et capables de supporter le poids considérable des parois de plomb qui s'ajouteront à celui des murs extérieurs de l'édifice.

Par une coquetterie de l'artiste qui construit le palais du radium, ce « poids lourd » de l'architecture sera décoré en « trompe-l'œil », de façon à faire pendant, sur la rue Pierre-Curie, au pavillon de l'Institut océanographique.

Pour l'éducation physique.

Un congrès de l'éducation physique sera tenu à Paris en 1913. Ce congrès est placé sous le haut patronage de MM. Fallières et Loubet. Les présidents d'honneur sont :

MM. Bourgeois, sénateur, ancien président du conseil; le docteur Chantemesse, professeur à la faculté de médecine; inspecteur général de l'hygiène, membre de l'Académie de médecine; le docteur Dieulafoy, professeur honoraire à la faculté de médecine, ancien président de l'Académie de médecine; Hébrard de Villeneuve, conseiller d'Etat, président de l'académie des sports; le docteur Lachaud, député; le docteur Landouzy, doyen de la faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine; Liard, vice-recteur de l'académie de Paris; membre de l'Institut; Mérillon, avocat général à la Cour de cassation, président de l'Union des sociétés de tir; Ribot, sénateur, ancien président du conseil, membre de l'Institut; le docteur Roux, directeur de l'institut Pasteur, membre de l'Académie de médecine et de l'Institut; Siegfried, député, ancien ministre.

Le congrès de l'éducation physique comprendra six sections :

1° Physiologie des exercices physiques. — Président : le docteur Paul Richer, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine.

2° Cinésithérapie. — Président : le docteur Lucas-Championnière, chirurgien honoraire de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine.

3° Education physique scolaire. — Président : le docteur Mathieu, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

4° Préparation militaire et gymnastique militaire. — Président : le docteur Chapuis, sénateur de Meurthe-et-Moselle.

5° Jeux et sports. — Président : le président du Comité national des Sports pour 1913.

6° Tourisme et alpinisme. — Président : M. Ballif, président du Touring-Club de France.

La date exacte de ce congrès n'est pas encore fixée. Il sera très probablement tenu en octobre.

Le pain est-il stérilisé par la cuisson ?

Après d'autres expérimentateurs, le docteur Auché vient d'effectuer à Bordeaux une série d'essais pour apprécier le degré de stérilisation de la cuisson effectuée dans les conditions usuelles. Il introduisit, au centre de pains non cuits, de formes et de grosseurs différentes, un centimètre cube de bouillon de cultures diverses, et fit cuire aussitôt en boulangerie les pains ainsi inoculés. Ensuite, on coupait la masse de façon à recueillir des parcelles de mie ayant été pénétrées par le liquide lors de l'injection. On s'assurait par les essais usités en technique bactériologique, de la présence ou de l'absence de microbes vivants. Tous les essais donnèrent les mêmes résultats : ni le bacille de la tuberculose, ni celui de la typhoïde, pas plus qu'une infinité de microbes moins dangereux, ne résistent à la température de la cuisson. Comme on devait s'y attendre après cela, des analyses effectuées sur des pains achetés dans diverses boulangeries, ne révèlent jamais non plus la présence de la moindre bactérie. Il est donc bien acquis que le pain est toujours un aliment parfaitement aseptique.

82e Année (Série XIIIe) — N° 111 Le Numéro : 25 Centimes Mercredi 13 Septembre 1911

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
9, Rue Denis-Poisson, PARIS
TÉLÉPHONE : 573-40

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale........ 15 fr.
Edition Espagnole .... 10 fr.
Edition Portugaise.... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

ÉCHOS

Distinctions honorifiques.

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES. — *Médaille d'argent.* — MM. les docteurs Gobert, à Bedeyet (Tunisie); Coignerai, à Philippe Thomas (Tunisie).

Médaille de bronze. — M. le docteur Decher, à Wallers (Nord); M. Roubeau, externe des hôpitaux de Paris.

MÉRITE AGRICOLE. — *Chevalier.* — MM. les docteurs Cavalié, à Bordeaux; Marty, à Aix-les-Bains (Savoie).

La maison du médecin.

La Maison du Médecin vient d'éprouver une perte cruelle en la personne de son président, le Dr Courtault, qui a péri en mer au naufrage de l'*Emir.* Cette mort tragique prive la Maison du Médecin du plus dévoué de ses collaborateurs. de l'administrateur le plus habile et le plus diligent. Le corps médical gardera un souvenir ému de cet homme de bien qui avait su, par son énergie et sa ténacité, mettre sur pied l'œuvre d'assistance médicale la plus difficile.

La Maison du Médecin lui survivra. Rien ne peut, désormais, en arrêter la marche progressive. Le secrétaire général et le trésorier assureront le service de l'œuvre jusqu'à l'élection d'un nouveau président Toutes les communications (adhésions, demandes de pensions, renseignements, etc.) doivent être adressées soit au Dr Lucien Nass, secrétaire général, soit au Dr Schmitt, trésorier, au siège social, 32, rue Notre Dame-des-Victoires, à Paris.

Ecole d'application du service de santé des troupes coloniales.

La chaire de médecine légale et d'administration à l'école d'application du service de santé des troupes coloniales sera vacante à la date du 31 décembre 1911.

Il sera procédé à la nomination du nouveau titulaire de cette chaire dans les conditions prévues par l'instruction du 15 juin 1909 (B. O. P. R., p. 1076).

Les médecins-majors de première classe en service en France et aux colonies sont autorisés à poser leur candidature.

Les demandes des candidats, revêtues de l'avis motivé de leurs chefs hiérarchiques, devront parvenir au ministre de la Guerre (direction des troupes coloniales, 3e bureau), avant le 1er décembre 1911.

Nota. — Le professeur de médecine légale et d'administration est, en même temps, chargé des fonctions de major de l'école.

Les secours publics de Paris.

Le professeur Thoinot, membre de l'Académie de Médecine, vient de publier son rapport, pour l'année 1910, sur les services rendus par les secours publics de Paris, dont il est le directeur Ces secours publics sont organisés dans les mairies, dans les postes provisoires et dans les ambulances volantes, à l'occasion des fêtes publiques, dans les pavillons de secours établis sur les bords de la Seine et des canaux; ils s'occupent des indispositions, accouchements sur la voie publique, accidents, morts naturelles, morts violentes et aussi submersions.

Le rapport du professeur Thoinot informe qu'au cours de 1910 le service des secours publics a assisté 1.670 personnes, dont 321 submergées, contre 1.6.. personnes, dont 35. submergées, en 1909. Relevons en passant ce fait que, malgré l'augmentation du nombre des sinistrés, l'année des inondations a vu diminuer celui des submergés

Sur les 321 submergés (242 hommes et 79 femmes), 132 se sont jetés à l'eau volontairement (contre 154 en 1909). Sur ce nombre, 232 sont restés sous l'eau moins d'une minute; 22, plus d'une minute; 33, deux minutes; 27, de trois à cinq minutes 4, de six à dix minutes; enfin 3, plus de dix minutes Ces trois derniers n'ont pu être rappelés à la vie.

C'est au pont au Change (50 submergés), à la Rapée (37) et quai de Valmy (35) que l'on se jette le plus à l'eau; c'est au canal de l'Ourcq (8 submergés), quai d'Orsay (7) et devant le Louvre (4) que l'on s'y jette le moins.

Dans les postes de secours des vingt mairies, 76 blessés et 12 malades ont reçu des soins. Le poste du 15e arrondissement tient le record de la quantité, avec 114 blessés; il est suivi de loin par ceux du 12e avec 56. et du 19e avec 2. blessés. Les postes des 2e, 5e, 6e et 20e arrondissements n'ont accueilli aucun blessé.

Les brancards des différents postes ont été utilisés 664 fois pour le transport à la Morgue, dans les hôpitaux ou à domicile, d'« accidentés » de la voie publique.

Le professeur Thoinot signale 50 malades et 12 blessés le jour de la mi-carême, 50 blessés et 70 malades à la fête nationale. Au 1er Mai, il n'y a eu qu'un malade et 5 blessés contre 3 blessés seulement en 1909. Notons encore : 1 blessé à la réception des souverains bulgares, 3 malades et 2 blessés à l'arrivée du roi et de la reine des Belges, 8 malades et 7 blessés pour les fêtes nautiques, 14 malades et 15 blessés au Grand-Prix et au Grand-Steeple, et enfin 11 malades et 25 blessés pour les fêtes de quartier. Dans ce dernier chiffre, la fête au Lion de Belfort intervient pour 5 malades et 5 blessés, celle des Invalides pour 2 malades et 5 blessés.

La fin des sangsues.

La sangsue, qui régnait en souveraine, il y a un demi-siècle, est aujourd'hui tout près de disparaître, détrônée par la ventouse, simple ou scarifiée. Avant 1870, une dizaine de commerçants parisiens s'occupaient du trafic en gros de ce gibier pharmaceutique. Chacun d'eux vendait mensuellement de 300 000 à 400.000 sangsues à raison de 250 francs le mille. Aujourd'hui, Paris n'a plus guère qu'un seul établissement affecté à ce négoce; le chiffre de son débit est tombé à 130.000 par mois; le prix du mille a 70 et même 60 francs. L'assistance publique qui, en 1849, lui achetait pour 80.000 francs d'annélides, lui en prend à peine pour 200. Sans l'exportation, l'élevage ne ferait plus vivre son homme; heureusement, les Etats-Unis restent fidèles à la vieille méthode; ce sont les gros clients sur le marché de la sangsue. L'hiridiniculteur exerçait autrefois son industrie aux environs de Bordeaux; là, dans des marais artificiels, il nourrissait ses jeunes pensionnaires aux dépens de vieux chevaux infirmes, auxquels on imposait cinq ou six fois par mois des bains de pieds perfides qui les saignaient à blanc. Maintenant on n'élève plus la sangsue; on la pêche en Croatie, en Dalmatie, en Turquie; on l'expédie en paniers comme des huîtres ou dans des caisses garnies de tourbe : arrivée en France, elle est placée, au fond d'une cave obscure, dans des casiers enduits d'argile où elle attend, sans aucune nourriture, le moment de se venger sur le malade. Si l'Assistance Publique a renoncé à ses services, l'administration de la marine y a encore recours, et M. Jacques Boyer raconte une b eo jolie histoire d'un bocal de sangsues acheté en 1907. Chaque bestiole, sortie du bocal, est l'objet d'une écriture : « Bon de délivrance », signé par le médecin. Or, il arriva que cinq sangsues moururent de leur belle mort, sans bon de délivrance. Il fallut deux années d'enquête, de renvois aux Commissions et de rapports aux ministres, pour justifier leur disparition « par cas de force majeure ».

De l'Anesthésie générale avec Circulation réduite

ou exclusion des quatre membres dans l'anesthésie générale

par H. DELAGÉNIÈRE,
Chirurgien des Hôpitaux du Mans,
Correspondant national de l'Académie de Médecine.

I

La question de l'anesthésie générale est une de celles qui préoccupent toujours les chirurgiens. Sans cesse elle est remise en discussion, ce qui prouve que la perfection n'est pas encore atteinte.

Certes, les morts causées par l'anesthésie au cours de l'opération ne sont pas fréquentes, mais elles existent cependant et sont d'autant plus déroutantes qu'elles laissent l'impression de notre impuissance absolue. Mais, indépendamment de ces morts, l'anesthésie semble causer à plus longue échéance des accidents qui, pour être moins impressionnants, sont tout aussi graves puisqu'ils entraînent également la mort du malade. Je veux parler des accidents viscéraux post-anesthésiques. Ce sont ces accidents beaucoup plus fréquents qu'on ne l'a cru qui m'ont conduit à recourir à la méthode de Klapp ou de l'exclusion des membres pendant l'anesthésie. Cette méthode avait encore l'avantage de permettre de combattre certains accidents immédiats.

Par exclusion des quatre membres dans l'anesthésie générale, j'entends la soustraction de ces quatre membres, sang et tissus, à l'action de la substance anesthésique.

Cette exclusion se réalise au moyen de liens élastiques appliqués à la racine des quatre membres. J'aurais pu recourir aussi bien à la méthode de Mumbourg en appliquant une forte ligature autour de la taille, mais j'aurais réduit de beaucoup le nombre de cas qui peuvent profiter de la nouvelle méthode.

Comme on le voit dans les deux cas, une partie importante de l'organisme est mise à l'abri de l'action de l'anesthésique et le sang de cette partie exclue est pour ainsi dire mis en réserve pour venir, quand on lâchera les bandes, diluer le sang chargé de la substance anesthésique, dont les effets seront par suite diminués rapidement.

II

Avant d'entrer dans le vif de la question, il m'a paru indispensable d'étudier son historique et sa genèse. C'est en juillet 1907 que Klapp a proposé de pratiquer la narcose en réduisant artificiellement le champ de la circulation. Il avait été frappé de la facilité avec laquelle on endort les sujets qui viennent de subir une perte considérable de sang. Il eut l'idée, en pratiquant une constriction à la racine de chaque membre, à l'aide de bandes élastiques, d'exclure de l'individu la masse des membres en même temps que le sang qui s'y trouve. C'était une façon de reproduire le cas d'une malade exsangue facile à endormir. On sait, en effet, par expérience, que la quantité d'anesthésique nécessaire pour endormir un malade est proportionnelle à la quantité de sang du sujet et à son poids.

D'autre part, il faisait remarquer que c'est au niveau des alvéoles pulmonaires que le sérum et les globules sanguins absorbent les vapeurs anesthésiques qu'ils transportent aux centres nerveux sur lesquels elles agissent. Lorsque le sang est surchargé par l'anesthésique la narcose devient dangereuse. Dans ce cas, si des accidents se manifestent au cours de l'anesthésie, on pourra les faire cesser en mettant en liberté le sang retenu dans les extrémités. Le sang chargé de chloroforme sera ainsi dilué et par suite rendu moins dangereux et moins toxique.

Comme on le voit, Klapp se proposait deux buts en réduisant la circulation : celui d'endormir plus facilement le malade et surtout celui de combattre la syncope chloroformique.

L'année suivante, en octobre 1908, Ziegner publiait un travail dont voici les conclusions :

Chez l'animal, plus la quantité de sang exclue est considérable, plus vite survient la narcose et moins il faut de chloroforme pour obtenir l'anesthésie. En outre, le réveil est plus rapide lorsqu'on a lâché les bandes, ainsi qu'il est très facile de le constater chez les animaux témoins.

Chez l'homme, même constatation et mêmes avantages. Le réveil surtout est plus rapide et après l'opération il n'y a pas de vomissements mais seulement des nausées.

Il signale aussi quelques inconvénients. Lorsqu'on fait la constriction trop longtemps avant l'opération, le malade éprouve une douleur vive et angoissante dans les membres comprimés au bout de vingt minutes. L'auteur a vérifié le fait sur lui-même . En outre, il a remarqué que parfois le malade accusait une douleur plus vive au niveau de la plaie de l'opération au réveil. Enfin, après de longues opérations, il a remarqué parfois des paresthésies peu graves et toujours passagères.

La question en était là lorsque, le 5 mars 1909, j'ai relaté 14 observations d'anesthésie avec circulation réduite à la Société de médecine du Mans (1), et dans ces 14 faits j'avais reconnu l'exactitude rigoureuse des faits avancés par Klapp et Ziegner et avais noté comme fait indéniable la rapidité de la narcose et celle du réveil ; la dose de chloroforme m'avait paru moindre et j'attirais surtout l'attention sur l'absence presque totale d'accidents d'intoxication post-chloroformique. C'était même pour moi le principal avantage de la méthode et c'est la raison pour laquelle j'en ai poursuivi l'étude avec patience, ce qui me permet d'apporter aujourd'hui un travail d'ensemble basé sur 1.244 observations.

Depuis la publication de mon premier mémoire, d'autres travaux ont été publiés sur la question. Nous citerons surtout ceux de Zur Werth, qui essaya la méthode et s'en montra partisan (2).

Hermann (de Munich) rapporte cinquante cas de narcose avec circulation réduite ; il recommande chaudement l'emploi de la méthode. Il reconnait qu'elle permet de réduire la dose de l'anesthésique, d'obtenir un réveil plus rapide et qu'elle donne un moyen facile de ranimer les centres respiratoire et cardiaque en cas de syncope. Il entrevoit deux contre-indications : les varices et l'artério-sclérose en raison d'un cas de thrombose post-opératoire qu'il a observé. Donati (de Naples) (1) se montre partisan de la méthode, mais, sur soixante et onze cas, il a eu trois cas de thrombo-phlébite post-opératoire qu'il attribue à la méthode. Graefenberg (2), sur soixante-quinze laparotomies, dit avoir en six thromboses post-opératoires et il les attribue à la constriction exercée à la racine des membres. Enfin Dejardin, de Gand (3), et Berri, de Gênes (4), se montrent tous deux partisans de la méthode sans restriction.

En somme, il semble qu'actuellement il reste seulement à élucider la question des dangers de phlébite post-opératoire et d'établir les contre-indications et les indications de la méthode.

Dans sa thèse soutenue en 1910 à la Faculté de Paris, mon interne Prince a déjà cherché à élucider une partie de ces questions. Il a traité la question physiologique et a passé en revue les avantages de la méthode et ses désavantages. Il s'est servi pour son très intéressant travail de 522 observations recueillies surtout par lui dans mon service de clinique, du 20 février 1909 au 1er septembre 1910. A ces observations, j'ajouterai aujourd'hui toutes celles prises à l'hôpital et à ma clinique depuis le 1er septembre 1910 jusqu'au 1er mai 1911. Le total s'élève à 1.144 plus 35 éthérisations. Dans ces observations ne figurent que celles ayant nécessité une intervention importante.

Toutes ces observations ont été prises de la même façon, sur des cartons-fiches remplis au moment de l'opération à l'hôpital, par la sœur chargée de l'anesthésie; à la clinique, par l'interne de service.

Chaque carton porte le nom, l'âge, l'adresse, la profession du malade. L'état général, le diagnostic, le genre d'opération. La durée pour obtenir le sommeil, la durée de l'opération, le nombre de respirations et de pulsations pendant la narcose. Observations et accidents pendant la narcose: réveil; quantité de chloroforme employée et enfin les observations après la narcose.

III

Je me suis d'abord conformé aux indications de Klapp; j'appliquais une bande en caoutchouc à la racine de chaque membre modérément serrée pour provoquer une stase veineuse. Au bout de quelques minutes, quand le membre était turgescent, j'appliquais un garot comme celui usité pour la bande d'Esmarck. Mais cette technique était longue, douloureuse pour le malade, de sorte que je la remplaçai bientôt par une simple bande en caoutchouc serrée progressivement assez fort pour arrêter à la fois la circulation veineuse et la circulation artérielle. La quantité de sang exclu était moindre, mais tous les inconvénients dus à la stase veineuse disparaissaient.

Les bandes que j'emploie sont des bandes de feuille anglaise, larges de 6 à 7 centimètres et longues de 4 mètres pour la cuisse. Pour le bras, 5 centimètres de largeur et 3 mètres de longueur sont suffisants.

Ces bandes sont placées à la racine des

(1) Voir *Archives médicales d'Angers*, nº 4, 1909.
(2) *Münch. med. Woch.*, 1908, nº 46, 2376.

(1) *Riforma med. Napoli*, 1910, XXVI, nº 11.
(2) *Deut. med. Woch. Berlin.*, nº 5, XXXVI.
(3) *Belgique médicale*, Gand, 6 février 1910, nº 6, pages 63 à 65.
(4) *Gaz. di Ospedali*, 1910, nº 8, p. 641.

quatre membres, ou de trois seulement si l'opération doit porter sur l'un d'eux. Quand c'est possible, on doit tenir quelques instants le membre abaissé pour déterminer un léger degré de stase avant de placer les bandes. On applique la bande bien perpendiculairement à l'axe du membre et le plus haut possible ; le deuxième tour de bande recouvre le premier en exerçant une traction légère sur le caoutchouc afin de comprimer les veines et les artères suffisamment pour arrêter toute circulation. Ce degré de constriction est difficile à obtenir ; il faut de l'habitude et savoir que la constriction nécessaire est extrêmement variable selon les sujets, l'âge et le sexe. Quand on s'aperçoit que la constriction nécessaire est obtenue, on arrête la bande en plaçant la portion non encore déroulée sous le dernier tour de bande qu'on soulève avec le doigt. La bande, autant que possible, doit être appliquée sur la peau nue. Pour les bras, dans la pratique, on peut l'appliquer par-dessus la chemise, ce qui expose, il est vrai, à des vergetures de la peau, transitoires et sans importance.

Il faut appliquer les bandes assez rapidement ; pour gagner du temps on peut en faire placer deux à la fois ; dans mon service le chloroformisateur et l'interne en placent chacun une en même temps. De cette façon, en deux ou trois minutes les quatre bandes sont placées. Dès qu'elles sont placées on commence la chloroformisation, car, ainsi que Prince l'a vérifié sur lui-même, au bout de cinq minutes la constriction commence à être pénible, au bout d'un quart d'heure elle devient douloureuse et même intolérable. Il faut donc que l'anesthésie se fasse rapidement.

On pourrait se demander si les bandes laissées très longtemps en place n'amèneraient pas des accidents locaux ou même généraux ; or, j'ai appliqué les bandes dans des opérations de durée extrêmement variable, depuis quelques minutes jusqu'à plus de deux heures. Dans le tableau des 532 observations analysées par Prince, j'avais 105 opérations de moins d'une demi-heure ou d'une demi-heure ; 206 de trente à quarante-cinq minutes ; 108 de trois quarts d'heure à une heure ; 80 de une heure à une heure et demie ; 28 de une heure et demie à deux heures. Depuis, j'ai eu l'occasion de dépasser deux heures d'opération.

Quoi qu'il en soit, il faut savoir que dès que la bande est placée on voit la circulation du membre se modifier. Trois cas peuvent se présenter et il est important de les bien connaître dans la pratique pour éviter quelques petits accidents ennuyeux pour les malades :

1° La bande est trop serrée ou on n'a pas pris soin en abaissant le membre de provoquer une légère accumulation de sang. Dans ce cas le membre prend une teinte livide, se plaque de zones bleuâtres alternant avec des zones blanches exsangues.

2° La bande est bien serrée et on a laissé s'accumuler le sang dans les tissus. Dans ce cas le membre conserve son aspect normal.

3° La bande n'est pas assez serrée ; alors, comme dans la méthode de Bier, la peau se congestionne, le membre prend un aspect violacé, et on peut voir çà et là des petits îlots rouges provenant de petites hémorragies capillaires. C'est dans ces cas-là que l'on observe souvent après le réveil la production de petites pétéchies qui parfois constituent même de véritables ecchymoses aréolaires.

Il est important de bien connaître ces trois stades de constriction, d'autant que l'excès de compression amène souvent des troubles sensitifs tels qu'engourdissement, anesthésie, parésie, troubles assurément transitoires, mais toujours ennuyeux pour le malade.

L'insuffisance dans la compression amène, comme nous l'avons dit, des pétéchies parfois très nombreuses et confluentes qui demandent parfois trois semaines pour se résorber.

Lorsqu'on enlève les bandes après l'opération, le membre prend aussitôt une teinte rouge accentuée et uniforme même quand les bandes ont été trop serrées. Quand elles l'ont été insuffisamment, on observe des pétéchies qui s'accentuent encore après que tout est terminé.

Il arrive que dans certains cas l'exclusion des quatre membres est pour ainsi dire trop considérable pour le malade. Ce fait s'observe surtout chez ceux qui ont perdu du sang ou qui sont dans un état d'anémie profonde. Pour ces malades, on sera souvent obligé de lâcher une ou deux bandes pour faire cesser un état syncopal alarmant. Du reste, ces malades se trouvent déjà dans les conditions requises pour être endormis facilement.

IV

L'application des bandes amène d'autres manifestations dans l'organisme qui modifient les conditions physiologiques de la respiration et de la circulation.

Respiration. — Dès que les bandes sont appliquées, la respiration devient plus rapide et les mouvements respiratoires diminuent d'amplitude.

Dans sa thèse, Prince indique comme moyenne des inspirations par minute, les chiffres compris entre 33 et 40 pour des respirations normales avant l'opération. Ces chiffres ont été obtenus en faisant la moyenne des respirations dans les 532 observations qu'il a analysées, mais sans distinction entre les cas eux-mêmes. Or, il m'a paru intéressant de bien fixer la valeur de cette polypnée qui peut paraître excessive au premier abord. J'ai donc fait noter, avec le plus grand soin, chez 130 malades endormis par la même sœur, le nombre des respirations et voici les chiffres qui ont été obtenus. Comme chiffres extrêmes, les chiffres 22 et 79. Pour les autres on peut les grouper comme il suit :

De 22 à 30	7
De 30 à 40	53
De 40 à 50	51
De 50 à 79	19
	130

Comme on le voit, habituellement le nombre des respirations pendant la narcose avec circulation réduite dépasse 30 par minute et peut atteindre jusqu'à 79. Mais si cette polypnée est indéniable, il n'en reste pas moins étonnant qu'elle présente d'aussi grandes variétés suivant les individus.

Cette différence dans les chiffres indiqués ci-dessus reconnaît plusieurs facteurs dont on doit tenir compte afin de ne pas fausser les résultats de la méthode.

En première ligne, je signalerai les fautes de technique dans l'application des bandes. Par exemple, la polypnée est diminuée si on n'applique que trois bandes, si au cours de l'opération on est obligé de lâcher une ou deux bandes, enfin et peut-être surtout si les bandes n'ont pas été suffisamment serrées. Ces fautes ont été relevées chez les 7 malades qui ont présenté moins de 30 respirations par minute.

Quant à la polypnée excessive, elle me paraît dépendre surtout de l'état antérieur du malade. Les chiffres les plus élevés ont été obtenus chez des malades opérés pour des maladies infectieuses ou atteints primitivement d'affections pulmonaires (congestion des bases, tuberculose), enfin chez les malades atteints de péritonite aiguë. Chez tous ces malades la respiration était déjà fréquente avant la narcose et chez plusieurs elle atteignait 30 par minute. Il n'est pas moins constant que chez tous ces malades, le chiffre primitif des respirations avant la narcose a été plus que doublé dès que la circulation a été réduite.

La polypnée est donc un fait normal de la réduction de la circulation. Il n'est pas très facile de l'expliquer. Il faut y voir une conséquence de la diminution et du ralentissement de la circulation amenant une diminution de l'hématose. Ce serait pour remédier à ce défaut d'hématose que la dyspnée s'établirait, comme phénomène compensateur.

Circulation. — Le pouls que l'on est obligé d'étudier au pli de l'aine ne paraît pas présenter de grandes modifications. Prince a remarqué avec raison que lorsque le cœur est sain le nombre des pulsations reste normal, c'est-à-dire oscille entre 60 et 65. Au contraire, chez les cardiaques, il est accéléré. On sait surtout depuis les travaux de Tissot (1) que le chloroforme est hypotenseur ; cette hypotension devient dangereuse quand elle atteint 10 centimètres. L'arrêt respiratoire se produit entre 10 et 6, la syncope cardiaque à 5 et au-dessous. Or, chez vingt malades la circulation réduite n'a été faite qu'aux deux cuisses et à un bras pour permettre de prendre la tension artérielle à l'aide d'un sphygmo-manomètre, et chez tous la tension ne s'est trouvée abaissée que de 2 ou 3 centimètres. On peut conclure que la narcose s'obtient dans la majorité des cas avec un abaissement de tension qui reste sensiblement au-dessus de 10, condition éminemment favorable pour éviter tous les accidents.

En revanche, j'ai observé souvent, précisément chez les malades qui présentaient une polypnée considérable, un certain état asphyxique de la face. Cet état cesse rapidement quand on lâche une ou deux bandes. Or, je me suis demandé si cet état n'était pas dû à un défaut de fabrication de l'appareil de Ricard que j'emploie pour mes chloroformisations. Cet appareil admet l'air, qui se charge de chloroforme par un tube trop étroit déjà pour les anesthésies ordinaires et qui devient absolument trop étroit pour une respiration très accentuée comme rythme. Au début, je me contentais de lâcher des bandes, mais depuis quelque temps je supplée la compresse à l'appareil et j'ar-

(1) Tissot. *Comptes rendus de la Soc. de Biologie*, 2 janvier 1906, p. 195, et *Journ. de phys. et de path. gén.* 1906 p. 142 et *ib.* p. 32 et 60.

rive au même résultat satisfaisant, de sorte que je n'attache pas grande importance à cette menace d'asphyxie.

V

Je viens d'étudier les effets immédiats apportés par l'emploi de la circulation réduite obtenue au moyen de bandes élastiques placées à la racine des quatre membres. Je veux maintenant indiquer les résultats obtenus au point de vue de l'anesthésie par le chloroforme et par l'éther. Ces résultats ont été observés d'après 1.144 cas d'anesthésies chloroformiques et 35 cas d'anesthésies par l'éther. Dans ces 1.179 observations figurent les 532 déjà étudiées par Prince pour sa thèse. En suivant à peu près l'ordre qu'il a suivi, j'étudierai successivement les avantages, puis les inconvénients et accidents de la méthode.

Parmi les avantages, dans mon premier travail, j'avais déjà signalé que l'anesthésie s'obtenait plus vite, avec moins de chloroforme; que le réveil était plus rapide; que les troubles viscéraux post-opératoires étaient mieux évités, qu'enfin on avait dans la méthode un moyen efficace de combattre la syncope opératoire.

Anesthésie plus rapide. — En comparant 522 anesthésies ordinaires avec 522 anesthésies avec circulation réduite, Prince a trouvé une moyenne de neuf minutes pour obtenir l'anesthésie dans le premier cas, tandis qu'avec la circulation réduite, il suffit de cinq minutes. J'admets ces chiffres, mais je pense qu'il y a lieu d'établir des catégories. D'une façon générale, il faut moitié moins de temps pour endormir le malade, mais certains nerveux prennent autant de temps que dans l'anesthésie ordinaire. En revanche les alcooliques s'endorment beaucoup plus vite. Chez eux, la période d'excitation est parfois très vive mais de courte durée Ils tombent ensuite comme une masse et dorment dès lors d'un bon sommeil paisible. Les enfants, les femmes non nerveuses s'en dorment aussi très vite. Enfin on doit tenir compte pour la rapidité de la chloroformisation de la méthode employée. A l'hôpital, la sœur qui chloroformise emploie très méthodiquement l'appareil de Ricard et attend deux minutes entre l'obturation de chaque orifice, elle dépasse presque toujours les cinq minutes admises par Prince. A la clinique, le chloroformisateur, qui a une expérience très grande, va plus vite et endort les malades souvent en deux ou trois minutes; avec lui la période d'excitation des alcooliques est moins longue parce qu'avec ces malades il augmente la dose de chloroforme au début.

Meilleur sommeil. — Le sommeil anesthésique obtenu avec la circulation réduite est meilleur; il semble que le chloroformisateur est plus maître de son sujet. Celui-ci est aussi plus facile à surveiller avec sa respiration nette et rapide.

Dose moindre de chloroforme. — Puisque le malade est mis dans des conditions analogues à celles résultant d'une perte de sang, il est naturel que la dose nécessaire de chloroforme soit moindre, d'autant qu'en réduisant la circulation on réduit en même temps la masse des tissus absorbants. De fait, dès que le malade dort, on l'entretient avec des doses parfois insignifiantes de chloroforme. Hermann (1), qui a étudié spécialement cette question, admet une réduction de moitié dans la quantité de l'anesthésique pour le chloroforme et de un tiers pour l'éther. Prince n'a trouvé qu'une réduction de un quart pour le chloroforme et un tiers pour l'éther.

Avec l'appareil de Ricard, les calculs de Prince sont certainement exacts; mais, quand on emploie la compresse, l'économie est de 50 p. 100. Il est probable qu'avec l'appareil, la polypnée favorise une évaporation plus grande de l'anesthésique qu'avec la compresse. On use plus de chloroforme mais le malade n'en prend pas davantage pour cela.

Réveil plus rapide. — Le temps moyen nécessaire au réveil est de dix minutes seulement, tandis qu'il faut trente minutes après une anesthésie ordinaire. Parfois même le réveil est si rapide qu'il a lieu sur la table d'opération. Pour obtenir ce réveil rapide, il convient de n'enlever les bandes que lorsque l'administration de l'anesthésique a été cessée. Le sang mis en réserve se mélange aussitôt au sang chargé de vapeurs chloroformiques qui n'apporte plus au bulbe qu'un sang très dilué. Aussi le réveil a-t-il lieu presque instantanément. Le malade ouvre les yeux, devient à demi conscient, parfois conscient tout à fait. Le plus souvent après s'être réveillé et avoir répondu aux questions le malade s'endort d'un bon sommeil réparateur.

Diminution des troubles organiques consécutifs. — Ce sont les modifications et même dans quelques cas la disparition des troubles organiques consécutifs qui constituent à mon sens le plus grand avantage de la méthode. Ainsi que je l'ai déjà dit: il est rare de perdre un malade du chloroforme au cours de l'opération, tandis qu'il n'est pas rare de voir un malade succomber quelques jours après l'opération à des accidents viscéraux causés par l'action altérante de l'anesthésique.

Cette action altérante sera diminuée puisque le toxique a été absorbé en moins grande quantité. Et ce n'est pas une considération qui doive laisser indifférent le chirurgien. Celui-ci sait en effet que le chloroforme a une influence considérable sur les phénomènes d'échanges vitaux chez son malade. Son action vient s'ajouter au choc opératoire, de sorte que l'organisme se trouve dans un état de moindre résistance qui dure souvent plusieurs jours. En analysant les faits, on trouve que la cellule hépatique est touchée, ainsi que le prouvent la diminution de l'urée, l'augmentation des sels ammoniacaux dans l'urine, l'apparition de l'ictère ou du sub-ictère. Le rein congestionné et irrité laisse filtrer de l'albumine. Enfin la phagocytose se trouve diminuée (Graham et E. Vidal) (2).

Le cœur lui-même est plus ou moins atteint soit dans ses muscles soit dans son innervation.

Dans quelles proportions ces accidents sont-ils diminués lorsqu'on emploie la méthode de circulation réduite? C'est ce que Prince a tenté d'établir en comparant entre eux 522 cas d'opérations faites avec la circulation réduite et 522 cas opérés sans avoir recours à cette méthode. On conçoit ce que cette manière de faire présente de défectueux puisque, malgré tout, la méthode n'a jamais été appliquée par moi d'une façon exclusive et que je me suis toujours efforcé au contraire d'en établir les indications. C'est ainsi qu'au début je n'y avais recours que dans les cas où je redoutais précisément des complications viscérales post-opératoires, de sorte que les chiffres donnés par Prince et qui englobent tous les faits sont certainement bien au-dessous de la réalité. Cette réserve faite, voici ce qui me paraît devoir être retenu de cette étude comparative. Je vais passer successivement en revue les vomissements, l'ictère, l'albuminurie, les affections pulmonaires, la faiblesse et le collapsus du cœur.

Vomissements. — Prince estime à 30 p. 100 les vomissements observés quand on emploie la méthode ordinaire et à 20 p. 100 seulement quand on a recours à la circulation réduite. Indépendamment de ces chiffres, dont l'exactitude est incontestable, je ferai observer que dans les deux cas, les vomissements ne sont pas comparables. Si on a employé la méthode, les vomissements quand ils existent, ont lieu presque toujours immédiatement; souvent quand le malade est encore sur la table d'opérations. Ces vomissements sont rarement abondants; ils disparaissent presque toujours pendant la journée. Les vomissements fréquents qui épuisent les malades sont tout à fait rares après l'emploi de la méthode. Si on emploie l'éther, on peut dire qu'il n'a pas de vomissements dans la grande majorité des cas.

Ictère. — Là il faut encore s'entendre, car tous les degrés peuvent être observés dans l'ictère. L'ictère vrai post-chloroformique est relativement rare. Prince admet le pourcentage de 1 p. 100 dans la méthode ordinaire et de 0.57 p. 100 quand on a appliqué la méthode. La différence ne sera pas très grande, mais s'il s'agit de sub-ictère caractérisé par des urines foncées, une teinte légère des conjonctives et des troubles gastro-intestinaux, la différence devient bien plus sensible. Tandis que chez 130 malades endormis en employant la méthode, j'ai trouvé seulement 3 cas de sub-ictère, j'en ai trouvé 11 cas chez 86 malades endormis sans les bandes. Il est vrai que plusieurs de ces derniers étaient des variqueux. En revanche, chaque fois que je craignais d'être en présence d'un foie menacé, j'avais recours à la méthode. J'admets donc qu'elle est des plus utiles pour éviter les complications hépatiques.

Albuminurie. — Depuis longtemps, on sait que le chloroforme cause chez la plupart des sujets une albuminurie le plus souvent passagère, mais qui, dans certains cas, peut aller jusqu'à la fermeture des reins et être cause d'urémie. Sur 522 malades endormis par la méthode ordinaire, Prince a trouvé 130 cas d'albuminurie, tandis que chez le même nombre de malades endormis avec la circulation réduite, il n'a trouvé que 51 cas d'albuminurie transitoire. Le pourcentage est très différent et il n'est pas douteux que la réduction de la circulation ait dans ce résultat une influence bien déterminée. Je me propose de revenir plus loin sur ce point

(1) Hermann. *Münchener med. Woch.*, 1909, n° 52.
(2) *Bulletin de la Soc. de Biologie*, 11 décembre 1897, p. 1067.

important, au sujet de la question des indications. En pratique, on peut presque considérer que l'albuminnrie post-opératoire dne au chloroforme n'existe plus quand on a recours à la circulation rédnite et que, par conséquent, les dangers d'urémie post-chloroformique sont pratiquement négligeables.

Accidents cardiaques et pulmonaires. — Il me paraît difficile de se prononcer sur cette question et les résultats donnés par Prince seraient de nature à faire croire qu'avec n'importe quelle méthode de chloroformisation, ces accidents ne seraient pas à redouter. En effet, avec la méthode ordinaire, il trouve une congestion pulmonaire et deux cas de collapsus cardiaques sur 522 malades et 0 accident pulmonaire, mais encore deux collapsus cardiaques dans 522 cas d'anesthésie avec les bandes. Or, chez les malades auxquels il fait allusion, je serais tenté pour les cas de collapsus cardiaques d'incriminer, non pas la chloroformisation, mais l'état général de ces malades tous arrivés à la dernière période de la cachexie et opérés *in extremis*.

En revanche, il ne me paraît pas avoir assez tenu compte de petits accidents pulmonaires que l'on rencontre dans certaius cas, qui se caractérisent cliniquement par des petits foyers de congestion, surviennent au cours de la convalescence et disparaissent assez rapidement. Ces petits accidents s'observent chez les malades opérés, en général, pour une affection septique (appendicites suppurées, occlusions intestinales, angiocholites, etc.). Ils paraissent dus à une embolie septique et ne semblent pas dépendre du mode de chloroformisation. Cependant, comme on a accusé la méthode de circulation réduite de causer des phléhites des membres inférieurs, il n'est pas indifférent de signaler ces accidents qui n'ont jamais revêtu une hien grande gravité dans tous les cas que j'ai vus. Je les ai, d'ailleurs, également observés chez des malades endormis par la méthode ordinaire.

Moyen efficace de combattre la syncope respiratoire. — La circulation réduite permet de combattre efficacement la syncope respiratoire au cours de la chloroformisation. Ce point, qui constitue un des principaux avantages de la méthode, mérite d'être étudié avec quelques détails.

On sait depuis les travaux de Nicloux et de Tissot que la syncope respiratoire est due, non à une asphyxie du bulbe, mais à son empoisonnement par excès de chloroforme. Les centres nerveux et en particulier le bulbe sont très avides de poison chloroformique. Si donc la teneur toxique du sang en chloroforme vient à être augmentée, tous les organes se saturent suivant leur coefficient d'absorption. Le bulbe, de tous le plus avide, sera surchargé le premier. Cette surcharge aura pour résultat de suspendre la respiration afin d'arrêter l'absorption au niveau des alvéoles pulmonaires. La syncope respiratoire se crée ainsi. Pendant ce temps, le cœur continue à fonctionner, parce qu'il est moins avide de chloroforme et qu'il n'est pas encore intoxiqué. Il en résulte que la circulation fournit la seconde ligne de défense de l'organisme, fait admis depuis longtemps par tous les chloroformisateurs.

Puisqu'au niveau des poumons il ne se fait d'absorption ni d'oxygène, ni de chloroforme, les deux sangs artériel et veineux se mélangeront, et puisque le sang artériel est plus chargé de chloroforme que le sang veineux, le mélange aura pour résultat un détitrage en chloroforme de la masse sanguine artérielle, détitrage qui se fera surtout sentir sur le bulbe et lni permettra, dans certains cas, de reprendre ses fonctions respiratoires. Si on a appliqué les handes, on a dans les membres exclus des tissus et du sang qui sont an 0 de concentration en teneur chloroformique. Si la syncope respiratoire se produit, il suffira d'enlever les handes pour produire immédiatement un détritage considérable de la masse sanguine et, par suite, du bulbe. Le sang, chargé de chloroforme, sera dilué dans un liquide qui n'en contient pas du tout et en outre tous les tissus des membres exclus absorheront une certaine quantité de chloroforme du sang en circulation d'après leur coefficient propre ; or, les muscles ont un pouvoir absorbant considérahle, et joueront, à leur tour, un rôle important dans le détitrage du bulbe.

Il faut encore tenir compte, dans les cas de syncope respiratoire, du rôle joué par l'acide carhonique contenu dans le sang exclu par les bandes. Ce sang contient beaucoup plus d'acide carbonique qu'avant d'avoir été exclu. Il s'est, en effet, surchargé de ce poison au contact des tissus pendant tout le temps de l'exclusion ; or, on sait que l'acide carbonique joue le rôle d'excitant du centre respiratoire.

Comme on le voit, la méthode de circulation réduite permet d'obtenir rapidement une désintoxication automatique du sang et du système nerveux central. Elle a, en outre, l'avantage de permettre d'utiliser les manœuvres habituelles, telles que la position déclive, la respiration artificielle, les tractions rythmées de la langue, etc., etc. ; mais toutes ces manœuvres deviennent pour ainsi dire superflues devant l'efficacité de la remise en circuit du sang exclu.

Prince, sur ses 532 cas, rapporte huit observations de syncopes respiratoires arrêtées brusquement en lâchant les bandes. Depuis, j'en ai observé un certain nombre de cas, surtout à l'hôpital, ce qui tient peut-être à la qualité du chloroforme et peut-être aussi à l'expérience moins grande des personnes qui endorment mes malades. Quoi qu'il en soit, l'accident se produit toujours de la même façon : la respiration devient moins régulière, puis elle s'arrête brusquement ; on cesse immédiatement l'administration du chloroforme ; on incline légèrement la malade et on lâche une des bandes des cuisses. On fait pendant ce temps quelques tractions rythmées dc la langue et, en général, la respiration reprend son cours. Si c'est nécessaire, on lâche successivement les autres handes, mais dans tous les cas que j'ai ohservés depuis qnelques mois, il a toujours suffi de lâcher une bande ou deux. Après l'alerte, on reprend l'anesthésie comme d'habitude. Dans aucun cas, je n'ai été ohligé de pratiquer la respiration artificielle !

E. Vidal d'Angers a reproché à la méthode de circulation réduite de déterminer plus facilement des syncopes. Il appuie cette opinion sur des idées théoriques, sans apporter de preuves cliniques ni statistiques ; je n'insisterai donc pas. Je dirai seulement qu'avant l'emploi de la méthode j'observais aussi quelquefois des syncopes respiratoires et que l'accident ne me paraît pas être devenu plus fréquent.

Je n'insisterai pas non plus sur deux cas de mort sur la table d'opérations, cités par Prince. Il s'agissait de deux malades opérés *in extremis* et morts pendant l'opération, sans que le chloroforme ni la méthode de circulation réduite puissent être incriminés.

Tout ce qui précède a trait aux résultats favorables de la méthode, c'est-à-dire à ses avantages. Il faut maintenant que j'étudie ses inconvénients et ses accidents. Cette manière de faire est indispensable ponr établir d'une façon pratique ses indications.

Rien à dire au sujet de la compression des tissus par les liens élastiques. Ils ne laissent la plupart du temps aucune trace ; les muscles, les vaisseaux, les nerfs n'en éprouvent aucun dommage. Une fois Prince a signalé une légère paralysie radiale de courte durée et due sans doute à une compression directe du nerf par un pli de la chemise du malade. Quelquefois, les malades accusent des fourmillements dans les hras pendant un jour ou deux ; enfin, si les bandes ont été mal appliquées et insuffisamment serrées, on peut observer des pétéchies et jusqu'à de véritables ecchymoses de la peau. Ces dernières durent quelques jours, mais disparaissent toujours sans laisser de traces.

On a fait à la méthode un reproche beaucoup plus grave et que je crois mieux fondé: c'est de favoriser la formation de phlébites post-opératoires. Ce reproche a été formulé par Donati et Graefenberg. Le premier, sur 71 cas, a eu 3 accidents de thrombo-phlébites post-opératoires. Graefenberg de Kiel a eu 6 thromboses sur 75 laparotomies, soit 8 pour 100, tandis que dans le reste de sa statistique, il ne compte que 1 ou 2 pour 100 de complications thrombo-phlébitiques. Il est vrai que Zur Werth sur 100 cas n'a eu aucune thrombose, Dejardin et Berri non plus ; sur les 532 observations de Prince, il ne relève que 4 cas d'œdème malléolaire peu importants, mais un cas de phlegmatia alha dolens. Nous avons cru devoir attribuer cette phlegmatia à l'état général de la malade et nous nous sommes demandé si elle n'aurait pas fait quand même de la phlegmatia. Depuis j'ai observé quatre cas de phlébites d'un membre inférieur, dont trois avaient été endormies avec les bandes. Il s'agissait d'une rétroversion traitée par l'amputation du col et l'Alexander, d'une ovariotomie pour kyste multiloculaire de l'ovaire et enfin d'une appendicite gangréneuse avec péritonite purulente généralisée. Dans le quatrième cas, qui avait été chloroformisé sans les bandes afin d'éviter cette complication, il s'agissait de suppurations pelviennes.

Comme on le voit, ce sont presque toujours des affections gynécologiques qui ont présenté cette complication, de sorte que je me suis demandé si la position déclive, ou l'usage des portejambes n'en étaient quelquefois pas les causes déterminantes. Dans les deux cas, il s'exerce au niveau du creux poplité une pression qui porte précisément sur des vaisseaux dans lesquels la circula-

tion est plus que ralentie puisqu'elle n'existe plus, ce qui constitue une condition favorable au développement d'une phlébite. Si, en outre, les bandes ont été mal appliquées et n'ont pas été assez serrées, les veines se sont encore distendues, de sorte que la pression exercée dans ces conditions paraît devoir avoir un rôle nocif. Il est, du reste, à noter que tous les cas de phlébite ont été observés aux membres inférieurs et jamais aux bras. J'insiste sur ce fait en raison de son importance pratique quand il s'agira d'établir les contre-indications. De même, il faut tenir compte que la plupart des malades qui ont présenté cette complication étaient des malades infectées. Enfin, il est aussi à noter que tous les cas de phlébite que j'ai observés ont débuté au niveau du mollet et jamais au niveau du point où s'était exercée la constriction des bandes.

Je me suis demandé si l'application des bandes ne pourrait pas causer des accidents cardiaques par surmenage de l'organe. En effet, en formant un arrêt périphérique à la circulation, le travail du cœur est augmenté. Si le myocarde est dégénéré, s'il existe des lésions valvulaires, que se passera-t-il? Je craignais le collapsus cardiaque, ou chez les valvulaires des accidents d'asystolie ; or, il ne s'est jamais rien produit de semblable. Il est vrai, comme Prince le faisait déjà observer dans sa thèse, que tous les cardiaques qui doivent subir une intervention chirurgicale quelconque sont, chaque fois que cela est possible, soumis à un traitement préparatoire consistant à leur administrer des toniques du cœur.

VI

Cette étude des résultats obtenus par l'application de la méthode me permettra d'en établir facilement les indications et les contre-indications.

Je n'ai rien à dire au sujet de la nature même de l'opération. La méthode est applicable dans n'importe quelle intervention, que celle-ci porte sur le cerveau, la face, l'abdomen ou les membres. Elle rend les mêmes services dans les opérations courtes que dans les opérations de longue durée, dans celles qui exposent au choc opératoire ou aux accidents nerveux.

L'âge des malades ne paraît pas avoir une grande importance. Les tout petits enfants de quelques mois supportent très bien les bandes et profitent de leurs avantages. Il en est de même des vieillards, sauf quand ils sont artério-scléreux ou atteints de myocardite.

La myocardite paraît, en effet, être une contre-indication sérieuse beaucoup plus que les lésions valvulaires du cœur.

Les varices, considérées par Hermann comme une contre-indication, ne me paraissent pas en être une. Il faut seulement prendre garde de ne pas contusionner les veines distendues. D'ailleurs, cette distension des veines ne sera observée que si les bandes n'ont pas été assez serrées. C'est donc pour ces cas de varices la mauvaise application des bandes qui expose aux accidents. Je crois en revanche qu'il faudra s'abstenir chez les malades qui ont eu récemment des accidents de phlébite, ces accidents étant susceptibles de récidiver.

Enfin, dans les affections gynécologiques, on devra prendre des précautions spéciales pour éviter la contusion des veines sur les porte-jambes ou sur l'angle du plan incliné.

L'état d'anémie profonde n'est qu'une contre-indication relative. La malade se trouve déjà dans les conditions requises pour être endormie facilement et avec une dose faible d'anesthésique, elle sera donc plus exposée aux accidents de saturation et en particulier aux syncopes. On devra donc prêter la plus grande attention et se tenir toujours prêt à lâcher une bande ou deux si la pâleur du visage s'accentue ou si la respiration devient faible ou irrégulière.

L'infection pré-opératoire expose toujours aux phlébites. Ces risques seront-ils augmentés si on applique les bandes? Question qui me paraît bien difficile à résoudre. Dans ce cas d'infection générale, le chirurgien a le plus grand intérêt à sauvegarder l'intégrité des reins et du foie, aussi devra-t-il recourir à la méthode sans arrière-pensée de courir le risque d'une phlébite problématique.

A côté de ces contre-indications relatives il est en revanche des indications qui me paraissent indiscutables.

Je veux parler des affections du foie et des reins. Les hépatiques éviteront l'ictère par rétention et élimineront d'autant mieux le chloroforme qu'ils en auront moins pris et que le sang de la veine porte sera plus rapidement dilué. Chez eux l'infection des voies biliaires ne constitue pas une contre-indication ; ce qu'il faut éviter avant tout, c'est la mort post-opératoire par insuffisance hépatique.

Je dirai la même chose pour le rein. Il faut éviter l'anurie post-opératoire, surtout s'il s'agit de chirurgie rénale et pour cela la dilution rapide du sang est indispensable pour l'élimination rapide du poison.

Enfin, parmi les indications absolues j'indiquerai l'éthylisme. Les buveurs bénéficient de la méthode à plusieurs points de vue. Ils prennent beaucoup moins de chloroforme. Ils dorment plus vite, plus régulièrement et plus complètement. On ne trouve jamais de cas réfractaire au chloroforme, comme cela arrive quand on a recours à la méthode ordinaire. Or, ce point n'est pas un avantage à dédaigner, à une époque où l'alcoolisme se rencontre dans la très grande majorité de nos malades.

Conclusions

L'idée première d'exclure le sang des quatre membres pendant la narcose pour en diminuer les dangers est due à Klapp.

Cette exclusion est réalisée au moyen de bandes élastiques appliquées à la racine des membres de façon à arrêter à la fois la circulation artérielle et la circulation veineuse. En agissant ainsi, non seulement le sang contenu dans les membres, mais aussi tous les tissus des membres se trouvent exclus.

Ce sang et ces tissus exclus ne se chargent pas d'anesthésique pendant la narcose, de sorte que lorsqu'ils sont remis en circulation en levant les bandes, ils aident à opérer automatiquement un détitrage rapide du bulbe et de la masse sanguine imprégnée par le toxique. Ce détitrage est le résultat de la dilution du sang imprégné d'anesthésique, par le sang exclu qui n'en contient pas et aussi par l'absorption d'une portion de l'anesthésique contenu dans le sang non exclu par les muscles et les autres tissus qui ont été exclus.

L'anesthésie générale avec circulation réduite a été pratiquée dans mon service de clinique et à l'hôpital 1.144 fois avec le chloroforme et 35 fois avec de l'éther. Voici les résultats, avantages et inconvénients qui ont été observés :

L'anesthésie est plus rapide. La moyenne de temps nécessaire pour obtenir le sommeil est de cinq minutes seulement.

Le sommeil est meilleur et comme le malade présente de la polypnée la respiration est plus facile à surveiller.

Il faut moins de chloroforme pour obtenir le sommeil et surtout pour l'entretenir, de sorte qu'on réalise une économie d'environ 50 0/0.

Le réveil est plus rapide. En établissant des moyennes, on arrive à ce résultat que le réveil est obtenu au bout de dix minutes au lieu de trente minutes dans l'anesthésie ordinaire. Souvent même le réveil est instantané dès qu'on enlève les bandes.

Les troubles organiques post-opératoires sont diminués. C'est peut-être là le plus grand avantage de la méthode. En effet, l'action altérante de l'anesthésique est diminuée puisque le toxique est pris en moindre quantité et qu'il est éliminé beaucoup plus vite. Tous les viscères doivent donc *a priori* bénéficier de la méthode. On constate, en effet, que les vomissements sont moins fréquents et moins abondants : 20 pour 100 au lieu de 30. L'ictère et le sub-ictère post-opératoires sont beaucoup moins fréquents et moins graves.

L'albuminurie post-chloroformique n'existe pour ainsi dire plus quand on a recours à la narcose avec exclusion, de sorte que cette méthode supprime en quelque sorte les dangers d'urémie post-opératoire.

L'emploi de la méthode permet de combattre efficacement la syncope respiratoire, en enlevant une ou plusieurs bandes au moment de l'accident. Le sang exclu se remet en circulation et, comme il est au 0 de concentration chloroformique, il opère une dilution favorable au détitrage du bulbe. De plus, comme il s'est chargé d'acide carbonique pendant qu'il était exclu, il agira sur le centre respiratoire en l'excitant.

Les inconvénients sont de peu d'importance. Ce sont des fourmillements dans les membres exclus pendant quelques heures, ou bien des petites ecchymoses de la peau, parfois un léger engourdissement ou même une légère parésie. Peut-être la méthode expose-t-elle plus que la méthode ordinaire aux accidents de phlébite des membres inférieurs. Sur mes 1.179 cas, j'ai observé 4 cas de phlébite post-opératoire des membres inférieurs. Or, trois fois il s'agissait d'affections gynécologiques, de sorte qu'on pourrait incriminer la pression des porte-jambes ou du rebord du plan incliné sur les veines dans lesquelles la circulation se trouve plus que ralentie par l'application des bandes.

Comme contre-indications, je n'admets que certains cas de myocardites ou de lésions vasculaires ou encore certaines infections générales.

En revanche, je considère comme des indications absolues toutes les maladies des reins et du foie et avant tout l'alcoolisme.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

La magnésie calcinée dans le traitement des papillomes diffus du larynx de l'enfant, par le Dr R. CLAOUÉ (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx*).

L'auteur a eu à traiter deux enfants pour des papillomes diffus du larynx. Il recula devant les interventions opératoires et sur le conseil d'un confrère, employa la magnésie à l'intérieur, médication qui réussit très bien dans les verrues planes juvéniles, dont la nature histologique est la même, et dans les papillomes cutanés en général. Il administra donc de la magnésie calcinée à ses malades, et put constater la disparition progressive des papillomes : chez l'une des malades les plus gros tombèrent par amincissement du pédicule qui se flétrit, et le malade les cracha. Chez l'autre, dont les papillomes avaient été d'abord incisés sans succès, ces tumeurs se flétrirent également.

L'auteur rappelle qu'en médecine vétérinaire les papillomes sont très fréquents, surtout dans la bouche des chiens, et que le remède héroïque, tout à fait empirique d'ailleurs, c'est la magnésie calcinée.

La sporotrichose, par le Dr GOUGEROT (*Hôp. Saint-Louis*).

Le traitement consiste essentiellement dans l'administration de l'iodure de potassium à doses relativement assez élevées et d'une façon suffisamment prolongée. On commencera immédiatement par une dose de 2 grammes par jour de KI, en augmentant ensuite, progressivement de un demi-gramme par jour, jusqu'à concurrence de 4 grammes par jour.

Cette dose de 4 grammes de KI par jour est la dose nécessaire et véritablement active dans la sporotrichose. Il faut la maintenir autant que possible et même l'élever jusqu'à 6 et 8 grammes, lorsque le malade est tolérant. Toutefois, si le malade est quelque peu intolérant, on peut encore, avec 3 grammes d'iodure administrés quotidiennement, obtenir la guérison, quoique avec plus de temps et moins de certitude.

Sous quelles formes pharmaceutiques administrera-t-on l'iodure ?

On s'adressera aux préparations usuelles, aux solutions aqueuses d'iodure associé aux amers, comme le sirop d'écorces d'oranges amères. La dose quotidienne ne sera pas donnée sous forme massive, mais par petites doses, réparties en quatre ou cinq fois dans la journée : le matin, à midi, au goûter, au dîner et au coucher.

Les malades devront suivre ce traitement intégralement jusqu'au moment où les lésions sporotrichosiques seront complètement guéries, c'est-à-dire, en moyenne, pendant quatre à six semaines. Après quoi on pourra les laisser se reposer quatre ou cinq jours, mais il faudra ensuite leur faire reprendre de l'iodure pendant un mois au moins, sous peine d'assister à une récidive. La rechute est pour ainsi dire constante, si on cesse le traitement aussitôt après la guérison clinique apparente des lésions. Il est donc indispensable de prolonger la cure iodurée, bien que les gommes paraissent complètement guéries. C'est une règle désormais classique, que la plupart des auteurs ont méconnue au début, ce qui explique un certain nombre d'insuccès thérapeutiques.

Lors de la reprise du traitement systématique, après la guérison apparente de la sporotrichose, l'iodure sera administré d'une manière moins intensive, par exemple, par séries de cinq jours consécutifs, séparés par un intervalle de deux jours de repos.

On peut formuler, pratiquement, ce traitement, de la manière suivante : nous supposons qu'il s'agit d'un cas de sporotrichose non ulcéré. On prescrira au malade :

Prendre le premier jour deux cuillerées à café; les deuxième et troisième jours, trois cuillerées; le quatrième jour et les suivants, quatre fois par jour, une cuillerée à café de cette solution :

Iodure de potassium.......	100 grammes
Sirop d'écorces d'oranges amères....	500 —

chaque cuillerée à café, contenant un gramme d'iodure, devra être diluée soit dans l'eau, soit dans du lait ou tout autre liquide.

Pendant ce traitement, comme dans tous les cas où l'on prend de l'iodure, s'abstenir autant que possible de boire du vin, le remplacer par de l'eau ou mieux du lait, avec de l'eau de Vichy ou du bicarbonate de soude, 8 à 10 grammes par jour.

Ne pas toucher aux lésions fermées.

Protéger les gommes prêtes à s'ouvrir par un emplâtre.

Sur les lésions suppurantes et suintant abondamment, se contenter de faire des attouchements à la teinture d'iode une fois par jour, dans les lésions étendues. Dans l'intervalle, appliquer un pansement humide iodé au moyen de compresses imbibées d'un mélange préparé au moyen d'une solution mère ainsi composée :

Iode....................	10 grammes
Iodure....................	20 —
Eau....................	50 —

Au moment de l'emploi, verser XX gouttes environ de cette solution dans 100 centimètres cubes d'eau bouillie. Il ne faut pas mettre d'imperméable, qui favoriserait les auto-inoculations épidémiques.

S'il existe des *lésions ulcérées* suintant peu, il suffira de les laver matin et soir avec de l'eau bouillie, puis les traiter avec quelques gouttes de teinture d'iode diluée dans quatre parties d'alcool à 60 degrés, ou même de teinture d'iode pure, si elle est supportée. On protégera les ulcères pendant la journée avec un emplâtre : emplâtre de Vigo ou emplâtre iodoferré.

Ces prescriptions sont susceptibles de quelques modifications que peuvent motiver des circonstances variables, telles que les occupations professionnelles des malades.

S'il s'agit d'un ouvrier, par exemple, qui désire se traiter tout en continuant à travailler, on pourra, au lieu de la solution d'iodure, lui prescrire l'iodure solide pulvérisé, qu'il lui sera plus commode de transporter avec lui. Il en fera dissoudre la quantité nécessaire au moment du besoin dans un peu d'eau. En pareil cas, le malade peut se servir, comme instrument de mesure d'une cuillère à moutarde en bois. Cet instrument, facile à se procurer et peu coûteux, a, généralement une contenance de 3 grammes d'iodure. Mais il est aisé de faire apprécier exactement cette contenance par le pharmacien, au début du traitement.

Les solutions peuvent également être variées selon le goût des malades. On pourra s'adresser aux diverses formules connues et employées depuis longtemps, dans la syphilis, par Ricord, Bouchardat, Boinet, et que j'ai modifiées pour les adapter au traitement des mycoses :

Sirop de salsepareille.....	500 grammes
Iodure de potassium.....	33 —

ou bien faire dissoudre l'iodure dans un vin blanc sec ou sucré (madère, porto), suivant ces proportions :

Vin..................	1.000 grammes
Iodure..................	66 —

On peut aussi employer des préparations alcooliques comme celle-ci :

Sirop simple	350 grammes
Anisette	150 —
Iodure....................	33 —

Ou encore la formule bien connue et des plus recommandable :

Sirop de gentiane..........	300 grammes
— de quinquina	300 —
— d'écorces d'oranges amères..........	300 —
Iodure de potassium... ...	60 —
Tartrate de fer ammoniacal..	18 —

Une cuillerée à bouche de ces diverses préparations contient 1 gramme environ d'iodure : leur emploi est donc facile.

Voilà les diverses prescriptions applicables dans les cas où les malades tolèrent la médication iodurée par la voie ordinaire. Parlons maintenant des malades intolérants à l'iodure, qui, heureusement, ne se rencontrent que rarement en pratique.

A ces malades intolérants, il ne faudra pas essayer d'imposer l'ingestion buccale des doses habituelles d'iodure, parce qu'ils vous tromperaient, ne prendraient pas les doses prescrites et seraient, en somme, très mal traités. Il faut se hâter de recourir à divers artifices.

On peut tout d'abord chercher à diminuer l'intolérance pour l'iodure par plusieurs moyens. On s'adressera à d'autres iodures parfois mieux tolérés que l'iodure de potassium, et augmentant par leur association la tolérance de ce dernier : iodure de sodium et surtout iodure de fer (1 gramme par jour), sirop iodotannique. Je vous recommande cette formule du professeur Gaucher :

Sirop iodotannique..	300 grammes
Biphosphate de chaux.....	15 —
Liqueur de Pearson......	10 —

Ensuite, on fera une antisepsie intestinale rigoureuse par le bicarbonate de soude, le benzonaphtol, le régime lacté.

Enfin, dans les cas rebelles, on utilisera les propriétés de la belladone pour diminuer l'irritation des muqueuses (larmoiement, coryza, laryngite, etc.), qui est l'un des principaux inconvénients de l'action des iodures. Dans ce but, concurremment avec l'iodure, on fera prendre aux malades, dans le courant de la journée, V à X gouttes de teinture de belladone, ou 0 gr. 02 à 0 gr. 05 centigrammes au plus d'extrait belladoné. Comme il s'agit d'un usage assez prolongé, il ne faut pas dépasser ces faibles doses de belladone.

On peut associer la belladone et l'iodure dans la même préparation, suivant cette formule :

Iodure de potassium.......	20 grammes
Teinture de belladone simple	XL gouttes
Sirop simple ou iodo-tannique ou d'écorces d'oranges....	Q. S. pour 100 cc.

De ce sirop, le malade peut prendre chaque jour quatre cuillerées à café, chacune contenant 1 gramme d'iodure de potassium.

Si, quoi qu'on fasse, le malade ne tolère pas plus de 2 grammes d'iodure par la bouche, il faut immédiatement remédier aux conséquences de cette intolérance partielle en lui faisant prendre sous forme de lavement la dose complémentaire de 2 grammes d'iodure nécessaire à l'efficacité du traitement. Dans ce cas même, la dose entière peut être donnée en lavement :

Eau..	100 grammes
Iodure..............	4 —
Laudanum de Sydenham...	IV gouttes

Ce petit lavement, dont la contenance doit tout au plus être élevée à 150 grammes, sera précédé d'un lavement de propreté évacuateur à l'eau bouillie ou salée, et administré le soir au coucher, pour être facilement gardé par le malade. On peut avec avantage donner deux lavements de 2 grammes de KI, matin et soir.

Enfin, quand l'iodure n'est toléré par aucune voie, on emploie des *succédanés iodiques*.

Dans les cas d'intolérance absolue aux iodures, le traitement local prend une importance majeure.

Le *traitement local* doit être minutieusement appliqué dans les *cas de sporotrichose ayant résisté au traitement général ioduré et aux pansements usuels*.

Il est, en effet, des cas, exceptionnels il est vrai, où les accidents persistent malgré tous les traitements précédemment indiqués. Tout en continuant, bien entendu, le traitement général, s'il est toléré, on aura recours à un *traitement local énergique*. Ce traitement s'adresse soit à

des gommes abcédées ou ulcérées, soit su[illegible] des lésions des muqueuses, qui sont les p[illegible]belles. Envisageons successivement ces divers cas :

Gommes et abcès fermés. — Ces lésions guérissent souvent par la ponction, faite avec une assez grosse aiguille, et immédiatement suivie de l'injection à l'intérieur de la poche de cette solution :

Iode.....................	1 gramme
Iodure de potassium......	5 —
Eau......................	500 —

Cette injection se pratique avec la seringue de Guyon, sous forme de lavage, en laissant le moins possible de solution dans la poche. Elle est répétée tous les quatre ou cinq jours, ou suivant la rapidité avec laquelle l'abcès se reproduit. Généralement, elle est suivie d'une fluxion séreuse qui ne tarde pas à se résorber et dont on doit être prévenu, mais qui oblige à espacer les lavages iodo-iodurés.

Un autre mode de traitement consiste a injecter avec une seringue de Pravaz de 2 centimètres cubes une solution d'iodure de potassium à 3 0/0, dans le tissu gommeux, en répétant chaque jour l'injection dans un point différent de la lésion.

Dans les cas plus rebelles, on injecte une solution d'arséniate de soude, contenant 2 milligrammes d'arséniate par centimètre cube. On peut injecter 5 centimètres cubes de cette solution dans un gros abcès, un demi-centimètre cube dans une petite gomme.

Ulcérations sporotrichosiques. — Ces lésions très persistantes sont exceptionnelles. En pareil cas, il faut cautériser avec une solution iodo-iodurée forte :

Iode.....................	10 grammes
Iodure de potassium......	10 —
Eau......................	20 cc.

Dans l'intervalle, appliquer l'emplâtre de Quinquaud :

Iodure de potassium........	4 grammes
Iodure de fer..............	4 —
Emplâtre diachylon.........	60 —
Essence de térébenthine....	Q. S.

Ou la poudre iodo-iodurée :

Iode très finement pulvérisé	0 gr. 50
Poudre d'amidon ou talc....	60 grammes
Chlorhydrate de morphine..	0 gr. 50

Sporotrichoses verruqueuses. — Ces formes, quelquefois très tenaces, sont justiciables des cautérisations avec la solution iodo-iodurée forte (à 10 p 20) ; encore doit-on souvent renoncer à ce mode de traitement à cause des phénomènes inflammatoires. On peut alors recourir à la *radiothérapie*, qui donne de si beaux résultats dans les tuberculoses verruqueuses, mais jusqu'à présent elle nous a semblé peu efficace et c'est surtout la destruction complète par la *thermo* ou *galvano-cautérisation* qu'il faudra utiliser ; l'*ablation* ne devra être pratiquée qu'après destruction ignée, puis lavage à la teinture d'iode de la plaie cruentée afin d'éviter la réinfection de la plaie.

La galvano ou la thermo-cautérisation est la méthode de choix. Dans certaines régions, comme aux mains, l'ablation est possible. Au visage, la thermo-cautérisation est la seule opération praticable.

Sporotrichose des muqueuses. — Il faut s'attendre à l'insuccès de tous les traitements connus si les lésions sont étendues. Toutefois, on peut utilement prescrire des gargarismes iodo-iodurés selon la formule ancienne de Ricord :

Eau......................	400 grammes
Iodure de potassium......	1 —
Teinture d'iode..........	4 —
Sirop de mûres...........	40 —

Ou bien :

Eau distillée de roses.....	250 grammes
Tanin......................	0 gr. 40
Teinture d'iode............	10 grammes

On touchera les ulcérations avec un collutoire iodé :

Iode.....................	0 gr. 50
Acide phénique...........	0 gr. 50
Iodure de potassium......	1 gramme
Glycérine................	50 —

On peut même employer en attouchements un véritable caustique iodé :

Teinture d'iode..........	10 grammes
Iodure de potassium......	1 —
Eau distillée............	10 —
Teinture d'opium.........	0 gr. 60

Ce traitement réussit bien dans les lésions localisées de faible étendue.

Dans les lésions muqueuses étendues, il faut tenter la destruction complète au galvano-cautère, suivie de la cautérisation iodée ; mais, si la destruction est incomplète, la repullulation des lésions est presque fatale.

Tels sont les moyens que l'on possède actuellement pour traiter les diverses manifestations de la sporotrichose.

Mais guérir les lésions n'est pas tout, car il reste le *terrain* du sporotrichosique, qu'il ne faut pas négliger, puisqu'il est une des causes accessoires de la maladie. C'est en traitant ce terrain tuberculeux, ou syphilitique, etc., que vous éviterez les récidives de la maladie. En terminant, je répète à dessein que vous ne rencontrerez guère la plupart des difficultés de traitement que je vous ai signalées : dans 95 p. 100 des cas, vous aurez affaire à des sporotrichoses qui céderont en quelques semaines à la médication iodurée, à la dose de 4 grammes par jour, et ne récidiveront pas si la médication iodurée est suffisamment prolongée après la guérison apparente des lésions. Le traitement de la sporotrichose de De Beurmann est donc l'un des plus faciles, des plus simples et des moins coûteux que le praticien ait à appliquer.

Les boissons permises aux goutteux

Cette question vient d'être étudiée par le professeur Robin dans une de ses dernières leçons cliniques.

Presque tout le monde interdit le vin aux goutteux. C'est une question de mode et le professeur Robin, avec Sydenham et Lécorché, considère cette privation comme parfaitement inutile quand le goutteux, habitué au vin, possède un bon estomac, comme cela arrive très souvent. Assurément, les grands vins et surtout les vins mousseux sont mauvais, mais le malade peut impunément prendre à chaque repas un quart de bouteille de bon vin rouge, même de Bourgogne ou un tiers de bouteille de vin blanc de Bourgogne ou de Moselle. On aura soin de couper le vin avec des eaux minérales comme Evian ou Vittel. Par contre, le Bordeaux, le Champagne, le Banyuls, sont défendus.

Le cidre frais tiré au tonneau, ou au plus, un verre et demi d'eau et de vin. Une heure avant son déjeuner et son dîner, il prendra un verre d'eau d'Evian ou de Vittel, pour suppléer à la faible quantité de boisson prise aux repas. Le soir, après le dîner, ou avant de se coucher, il prendra une tasse d'infusion chaude de feuilles de cassis, de reine des prés, de frêne ou de tilleul.

Le café, le thé, le maté, le chocolat, boissons qui contiennent des bases puriques (caféine, théobromine, etc.) sont naturellement interdits. Cependant, on pourra autoriser le café bien décaféiné. Privé de sa caféine et ayant conservé son goût agréable, ce café est devenu une boisson dont il est inutile de priver le goutteux, puisqu'elle est sans inconvénient pour lui et qu'elle lui laisse l'usage, comme café noir ou comme café au lait, d'une chose dont il a l'habitude.

Traitement de l'amygdalite aiguë

Voici comment M. Harold Hays, chirurgien assistant d'otologie, procède lorsqu'il a à traiter une amygdalite aiguë. Après avoir fait dans la gorge une pulvérisation d'un antiseptique alcalin quelconque pour dissoudre le mucus, il procède à un nouveau spray avec la cocaïne (à 1 0/0) et l'adrénaline (à 1 pour 5.000), surtout au niveau des régions tonsillaires. Finalement, les amygdales sont touchées avec de la cocaïne pure. Au bout de quelques instants, l'auteur se met en devoir d'ouvrir, les unes après les autres, les cryptes amygdaliennes au moyen d'un crayon de nitrate d'argent à 50 0/0, le caustique étant maintenu dans chaque crypte pendant dix à quinze secondes.

On recommande au sujet de rester au repos pendant la journée qui suit, de prendre une alimentation légère et de faire des pulvérisations dans la gorge avec une solution à 50 0/0 de peroxyde d'hydrogène. En même temps, on lui conseille de sucer des morceaux de glace et de s'entourer le cou avec des compresses glacées.

Généralement, l'amygdalite est guérie au bout de vingt-quatre heures. Quelquefois, pourtant, une seconde intervention serait nécessaire, jamais davantage, ajoute l'auteur.

REVUE DE BIOLOGIE

Méningite à diplococcus crassus.

M. P. Harvier a observé, chez un nourrisson, une méningite cérébro-spinale rapidement mortelle due au diplococcus crassus.

Ce germe existait à l'état isolé et à l'état de pureté dans le liquide céphalo-rachidien.

L'inoculation intracérébrale, chez le lapin déjà sensibilisé par une injection intraveineuse antérieure, a déterminé une méningite très nette.

Le liquide céphalo-rachidien renfermait une grosse quantité d'éléments avec de nombreux diplocoques. L'examen histologique a montré une réaction méningée légère, mais généralisée.

Le germe pathogène n'a été trouvé qu'au niveau des méninges et des cellules des plexus choroïdes. (*Soc. de Biologie.*)

REVUE DE PSYCHIATRIE

Du rôle de l'émotion dans la genèse des douleurs psychopathiques, par le Dr Rayneau.

M. Maillard a fort bien mis en lumière que, chez la plupart des malades qui souffrent de douleurs psychopathiques, la douleur est déterminée par une *auto-suggestion* due à l'attention exagérée qu'ils apportent au jeu de leurs divers organes. Les douleurs sont bien, comme il le dit également, des sensations étranges et pénibles, angoissantes par cette étrangeté, plutôt que douloureuses au sens physiologique du mot. Elles ne correspondent pas à des phénomènes sensoriels ordinaires et c'est pourquoi les malades emploient toutes sortes de comparaisons et d'images pour essayer de les faire comprendre, tout en se rendant compte qu'ils ne peuvent arriver à expliquer ce qu'ils ressentent. Ce en quoi ils insistent particulièrement, c'est l'état d'*angoisse* par lequel ils passent lorsque ces douleurs se font sentir, répétant sans cesse qu'ils préféreraient cent fois ressentir une douleur vraie, plutôt que ces troubles si particuliers.

Ce qu'il me semble capital de faire remarquer aussi, c'est que ces malades sont avant tout des *émotifs* et qu'une sensation suffit parfois pour faire éclore ces douleurs psychopathiques.

Une malade que je viens d'observer me four-

nit la preuve de ce que j'avance : comme je m'efforçais de lui démontrer que l'idée créait souvent chez elle la sensation douloureuse, elle se récriait en m'assurant que ses différentes douleurs n'étaient pas le fait de l'imagination, mais elle les attribuait à sa grande impressionnabilité.

Pour me donner un exemple de cette émotivité, elle me raconta que la veille, se trouvant à coudre auprès d'une table, elle avait laissé tomber un peloton de fil. Elle se baissa aussitôt pour le ramasser comme mue par un reflexe. Quand elle se releva, elle s'aperçut que son œil avait frôlé l'angle de la table et qu'il lui eût suffi de passer plus près d'un centimètre pour s'éborgner. L'émotion du danger couru fut si forte qu'elle ressentit immédiatement dans l'œil qui avait échappé à l'accident une douleur extrêmement violente qui persista pendant plus de deux heures.

Si j'ai cru devoir citer le cas de cette malade, c'est parce qu'il me parait bien indiquer le rôle capital que joue l'émotion dans l'éclosion des douleurs psychopathiques.

REVUE DE RADIOLOGIE

Action du radium sur les toxines, par MM. les Drs S. Fabre et E. Ostrovsky.

Dans une note préliminaire communiquée en 1910 au Congrès de Bruxelles, les auteurs ont indiqué sommairement quelles étaient les propriété de la nécrotuberculine du Dr Ostrovsky ainsi que leur méthode pour expérimenter, tant sur cette toxine que sur la toxine diphtérique de l'Institut Pasteur, l'action du sulfate de radium, soit mélangé intimement à la toxine, soit disposé à faible distance de façon à l'irradier pendant un temps plus ou moins long.

Dans cette nouvelle note ils ne donnent que les résultats de la méthode des toxines radifères qu'ils ont étudiée :

1° Sur le nécrotuberculine du Dr Ostrovsky ; 2° sur la toxine tétanique ; 3° sur la toxine diphtérique ; 4° sur une émulsion de bacilles de Koch vivants.

I *Nécrotuberculine du Dr Ostrovsky.* — En se basant sur six séries d'expériences (du 7 juin au 17 novembre 1910 avec la nécrotuberculine du Dr Ostrovsky, à laquelle ils ont ajouté du sulfate de radium, en variant la quantité de sel de 10 microgrammes jusqu'à 40 microgrammes pour la même quantité d'endotoxine et en faisant agir le radium de 10 à 43 jours, les auteurs peuvent tirer les conclusions suivantes :

1° Que la nécrotuberculine pure tue les cobayes témoins de 24 heures à 3 jours, en moyenne, après l'inoculation ;

2° Que la survie moyenne des cohayes radioctivés est de 10 jours à deux mois et demi, après l'intoxication ;

3° Que les lésions toxiques chez les cobayes radioctivés présentent toujours moins d'étendue et se cicatrisent plus vite que chez les animaux de contrôle ;

4° Qu'à l'autopsie des cobayes radioctivés survivant à l'intoxication, on constate que les lésions toxiques, en particulier celles des capsules surrénales, sont moins marquées que chez les animaux témoins ;

5° Que l'action du sulfate de radium sur la nécrotuberculine paraît être plus active, quand on emploie des doses moyennes (pour 20 cm. cubes, 20 microgrammes, dose favorable) et quand on laisse le sulfate de radium en présence de l'endotoxine plus de 30 jours, pour que l'émanation atteigne son équilibre.

II *Toxine tétanique.* — Dans trois séries d'expériences avec la toxine tétanique de l'Institut Pasteur (du 22 octobre au 1er décembre 1910) en variant la quantité de sulfate de radium et la durée de contact. MM. Fabre et Ostrovsky n'ont pu constater aucune action retardatrice du radium sur la virulence de cette toxine, dont la rapidité et la puissance d'action peuvent être comparées à celles de la toxine diphtérique de l'Institut Pasteur, alors que cette dernière a été nettement impressionnée par le sulfate de radium.

Ce résultat négatif pourrait peut-être être attribué à ce que le bacille tétanique, anaérobie vit dans le sol, c'est-à-dire dans un milieu beaucoup plus radioactif que l'air ou l'eau, et serait moins sensible aux radiations.

III. *Toxine diphtérique.* — Dans sept séries d'expériences qui ont duré du 1er septembre 1910 au 7 janvier 1911, avec la toxine diphtérique de l'Institut Pasteur, d'une activité toxique de 1/100e de centimètre carré pour un cobaye de 250 gr., en faisant varier la quantité de sulfate de radium de 20 à 50 microgrammes, et en employant les mélanges équilibrés (après 30 jours de contact), sont arrivés à tirer les conclusions suivantes :

1° Que les cohayes de contrôle mouraient de 24 à 72 heures après l'inoculation ;

2° Que les cobayes inoculés avec la toxine diphtérique radifère survivaient de 5 à 12 jours, en moyenne, et, dans certains cas, de 20 à 30 jours ;

3° Que les lésions des capsules surrénales chez les cobayes intoxiqués avec la toxine diphtérique radifère étaient d'intensité beaucoup moins prononcée que chez les cobayes témoins, chez lesquels seuls ces lésions étaient hémorrhagiques ;

4° Que les mélanges de toxine diphtérique avec 50 microgrammes de sulfate de radium avaient une toxicité moins grande qu'avec 20 microgrammes.

IV. *Emulsion de bacilles de Koch vivants atténués.* — Après avoir délayé 10 anses de culture de tuberculose humaine (race Marmoreck) (Institut Pasteur) dans 30 centim. cubes d'eau salée, et avoir filtré sur toile, les auteurs du travail ont injecté à 10 témoins 10 cent. cubes de cette émulsion et à 10 autres cobayes 8 cent. cubes de l'émulsion additionnée de 2 cent. cubes de sérum contenant 40 microgrammes de sulfate de radium. Tous les animaux furent sacrifiés 30 jours après et l'autopsie a permis de constater une différence très nette dans les lésions: 1° les cobayes inoculés avec la culture radifère présentaient localement une ulcération qui cicatrisait rapidement. La caséification du chancre et des ganglions était moins prononcée ; 2° les lésions internes présentaient moins d'étendue et moins de congestion que chez les animaux de contrôle.

En ce qui concerne l'élimination du radium injecté, MM. Fabre et Ostrovsky ont conservé une trentaine de cadavres de cobayes injectés avec les solutions radifères et ayant survécu de 2 à 60 jours.

M. Georges Fabre les a calcinés et a mesuré par la méthode de l'émanation équilibrée en vase clos pendant un mois, la teneur de ces cendres en sulfate de radium.

Ces chiffres ont permis de constater : 1° que plus de la moitié du sulfate de radium injecté, est éliminé dans les premières 48 heures ; 2° que l'élimination est ensuite tellement lente que les cobayes ayant survécu un ou deux mois contenaient approximativement la même proportion de radium que ceux qui n'avaient survécu que quelques jours ; 3° que la quantité éliminée au début et la quantité conservée dans l'organisme, étaient toutes deux proportionnelles à la quantité injectée.

CARNET DU PRATICIEN

Prurit vulvaire chez les diabétiques

Matin et soir lotions chaudes avec de l'eau bouillie amidonnée ou de l'eau de son. Sécher, sans frotter, avec de l'ouate hydrophile, puis appliquer un peu de la pommade :

Lanoline	10 grammes
Vaseline	10 —
Oxyde de zinc	2 —
Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 50

En outre, poudrer la région avec la poudre :

Talc pulvérisé	10 grammes
Amidon	10 —
Camphre pulvérisé	0 gr. 40
Poudre d'Iris	1 gramme

Si le cas est rebelle, remplacer l'eau amidonnée par une solution de borate de soude à 2 0/0 ou faire un attouchement quotidien avec du nitrate d'argent en solution à 2 0/0. S'il est plus rebelle encore, recourir à l'électrothérapie.

Dr Marcel Labbé.

L'huile de ricin comme laxatif

L'huile de ricin est plus efficace lorsqu'on l'associe à de la glycérine.

On prescrira :

1° Comme purgatif :

Huile de ricin	30 grammes
Glycérine	30 grammes

2° Comme laxatif :

Huile de ricin	5 à 10 gr.
Glycérine pure	5 à 10 gr.

Vésicatoire liquide

Teinture de cantharides	āā
Chloroforme	āā
Teinture de romarin	āā

Constipation des hypersthéniques

Prendre le matin à jeun dans un verre d'eau de Vichy tiédie au bain-marie, une cuillerée à café de la poudre :

Sulfate de soude	30 grammes
Sulfate de potasse	5 —
Chlorate de soude	30 —
Carbonate de soude	25 —

Vires (de Montpellier).

Fissure à l'anus (enfants)

Suppositoires avec :

Chlorhydrate de cocaïne	0,005 à 0,01
Extrait de belladone	0,01 à 0,15
— fluide d'hamamelis	0,10 à 0,25
— de ratanhia	0,20 à 0,50
Iodoforme	0,10 à 0,25

(suivant l'âge).

Tanin	0,50
Beurre de cacao	2 à 4 gr.

Dr Le Gendre.

Pilules toniques

Oxalate de fer	0 gr. 05
Cacodylate de soude	0 gr. 01
Extrait de kola	0 gr. 02
Extrait de houblon	0 gr. 10

Pour une pilule.

Vin diurétique

Pommes reinettes	250 grammes
Scille	15 —
Baies de genièvre	50 —
Acétate de potasse	50 —
Alcool	100 —
Vin blanc	900 —

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 17 500 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 35, rue J.-J.-Rousseau

Le Gérant : Docteur Lucien Graux.


TRAITEMENT DE L'ANÉMIE ET DE TOUS ÉTATS CONSOMPTIFS
SUC INALTÉRABLE DE VIANDE DE BOEUF CRUE
ASSOCIÉ À LA CATALASE ET AUX OXYDASES DU PLASMA SANGUIN
Le Flacon entier 8 Francs
MUSCULOSINE BYLA
Le Demi Flacon 4 Fr. 50
LES PLUS HAUTES RÉCOMPENSES
PRÉPARÉE ET CONCENTRÉE A FROID
DOSE MOYENNE: 4 Cuillerées à bouche par jour pour adultes. 4 Cuillerées à dessert pour les enfants
ABSENCE TOTALE DE TOUS GERMES NOCIFS
LES ÉTABLISSEMENTS BYLA JEUNE GENTILLY - PARIS

VILLES DE SAISON

CE QUI SE PASSE

Bagnères-de-Bigorre au XVIIe siècle.

La vogue de Bagnères-de-Bigorre ne date point d'hier comme d'aucuns seraient tentés de le croire.

Au XVIIe siècle, cette station thermale était déjà des plus fréquentées, comme nous le prouve la lettre suivante adressée à M. de Héricourt, lettre que nous empruntons à un recueil écrit en 1667 par M. de Froidour, grand maître enquêteur et général réformateur des eaux et forêts.

...L'on m'a fait prendre un bein qu'on appelle bain de Lagoutte (aujourd'hui bain du Petit-Prieur) où je me suis beigné deux fois chaque jour et outre cela tous les soirs en me couchant. Quand j'ay souffert extraordinairement, le médecin m'a dit que le remède agissant contre le mal, il n'était pas possible que je n'en recensse pas quelque incommodité, et que ce combat ne pouvoit pas faire qu'il ne m'en coustat quelques douleurs et que pour une maladie invétérée comme la mienne il falloit de la violence. Quand mes maux ont été supportables, il m'a dit que c'estoit beaucoup qu'ils n'augmentassent point et que c'estoit une marque qu'ils étoient sur leur déclin. Quand j'ai eu quelque petit relasche, aussitôt, j'ai veu mon médecin dire des miracles de la salubrité de ses eaux; et lorsqu'enfin il a veu que rien ne m'avoit profité, il m'a dit que le propre de ses eaux n'estoit point de guérir promptement et que leur effet ne s'en ressentoit qu'un mois ou six semaines après qu'on s'en estoit servi. Je vous laisse à penser quel fonds je puis faire sur les paroles d'un tel charlatan.

... Les beins ne sont pas fort superbes; ce sont la plupart des petits bassins en assez mauvais ordre; les uns ne sont point couverts, les autres le sont et ce sont de petits cabinets où à peine il y a place pour cinq ou six personnes. En la plupart l'eau y vient par des tuyaux soubs lesquels on se met pour être douché; en d'autres on douche avec des cruches et quoique les beins couverts ne soient qu'en de petits lieux peu commodes, on ne laisse pas que d'y suer avant que d'en sortir; et pour cela on ne faict point d'autre cérémonie que d'y porter un matelas, un drap, une couverture et un fagot de bois pour chauffer les linges.

... La compagnie pendant la saison des beins y est ordinairement fort nombreuse; car comme ces beins sont d'une grande réputation, l'on y vient de toute part. La ville de mon arrivée, M. le comte de Guiche et M. le comte de Toulonzon son oncle en estoient partis. M. le comte de Cursol et Madame sa femme y estoient avec un très beau et très grand train.

Il y avait quelques conseillers du Parlement de Bordeaux et de celui de Pau. Le plus grand monde qu'il y ait ordinairement y vient de Béarn de toutes sortes de conditions jusques aux plus basses et en si grande affluence que je croy qu'il n'y a personne en cette province qui ne croye y devoir un voyage chaque année.

Leurs habillements différents et extraordinaires est une chose assez plaisante à voir. Les gens les plus riches portent le chappeau et sont habillez comme tout le reste du monde du royaume et sont différenciez par des cappes du Béarn qui leur servent de manteau et qui sont beaucoup plus historiez que celles que vous voyez ordinairement.

Les gens médiocres comme sont les petits bourgeois, les coqs de paroisses de la campagne et les bons laboureurs ont de semblables cappes, mais portent une fraise au lieu de rabat et une tocque de laine fort large et fort pesante au lieu de chappeau, qu'ils appellent berret.

Les gens de mestiers et autres vocations basses portent certaines mautilles en forme de tunicques et il y a un capuchon semblable à celuy des cordeliers qui y est attaché, et tout cela est galouné de tous costés.

Les femmes qui sont de condition à pouvoir porter un coëffe sont habillées comme les autres du royaume avec très peu de différence. Leur coëffure ordinaire est un capuchon qui leur couvre le mouchoir du col, et à la beauté de l'estoffe dont il est, on juge de la qualité ou des facultés des personnes.

Les paysannes ont des habits galounés avec de grands capuchons qui leur descendent à quelquesunes jusqu'aux genoux.

Les hommes sont fort grossiers et rustiques et croyant que personne ne les vaut; aussi disent-ils en commun proverbe:

Bearnais est sur l'autre gent
Comme l'or est dessus l'argent.

Ils ont beaucoup d'agilité de corps quoyque grands ivrongnes. Je ne scay point à vous dire le vrai si l'ivrougnerie leur est familière dans leur pays, mais à Bagnières il n'y a rien de plus ordinaire que de les voir souls et s'ivrer jusque dans le bein même où la bouteille les accompagne toujours, parce que, disent-ils, que le vin les faict mieux suer et qu'il répare les forces que la sueur débilite.

Les femmes ont la même agilité de corps et se plaisent fort à la dance, dont elles s'acquittent très bien. Et à ce sujet, sont toutes non pas magnifiquement, mais proprement chaussées, ce qui est très rare dans toutes ces contrées. Elles boivent au bein comme les hommes, avec la même indiscrétion et sont grandes p...; et comme on se divertit fort à Bagnières à la dance, aux promenades, aux festins, et aux jeux, et notamment à celui de Vénus, je croy que c'est plutost l'envie de ces divertissements qui les attire que celle de se beigner.

Il n'a tenu qu'à moy d'en scavoir de bonnes nouvelles par ma propre expérience, mais je m'en suis rapporté à Pannebœuf, qui a pensé s'y perdre et à quatre ou cinq drolles de sa trempe qui n'y estant venus que pour se réjouyr avec les donzelles n'ont pas manqué de passe-temps.

ÉCHOS

Mesures contre la fièvre jaune.

D'après des nouvelles de Dakar, la fièvre jaune aurait fait une nouvelle apparition dans la colonie de la Gambie anglaise, dont la capitale, Bathurst, a été évacuée pour la seconde fois. Les premiers cas dataient de la fin de juin, et l'épidémie avait pu être enrayée immédiatement grâce aux mesures prises par les autorités anglaises. On espère que la seconde alerte qui est signalée sera rapidement réduite.

Le gouverneur de l'Afrique occidentale française et le gouverneur du Sénégal, colonie frontière de la Gambie, ont pris les mesures les plus énergiques pour garantir notre colonie du terrible fléau qui l'a si cruellement atteinte en 1900. Dès le début de l'épidémie, une brigade sanitaire, composée d'un administrateur des colonies et de médecins, a établi sur toute notre frontière un cordon sanitaire renforcé par des centres d'isolement. A l'intérieur et dans tous les centres, les mesures d'hygiène les plus rigoureuses sont prises et tous les moyens d'action modernes sont mis en œuvre pour barrer la route au fléau s'il tendait à se généraliser.

La lutte contre la tuberculose dans la marine.

Le ministre de la Marine vient de nommer une Commission qui, sous la présidence de l'amiral Le Pord, doit chercher les moyens d'arrêter les progrès de la tuberculose, aussi bien dans le corps des équipages de la flotte que dans le personnel ouvrier des arsenaux.

Les bâtiments modernes, avec leur excès de chaleur dans les compartiments, sont des foyers de congestions pulmonaires et par suite de tuberculose. Il en est de même des arsenaux, dont les constructions sont pour la plupart très anciennes et établies sans aucune préoccupation hygiénique.

L'accès de la marine sera rigoureusement interdit aux tuberculeux; les malades seront ou renvoyés dans leurs foyers ou isolés.

Le sanatorium, qui existe déjà à Tréberon, près Brest, sera réservé aux malades provenant des ports du Nord, et la construction d'un établissement similaire est projetée dans le Midi pour les originaires de Toulon ou de Rochefort.

Pour les incurables, le département de la marine demandera au Parlement la faculté de leur concéder, dans une large mesure, des pensions proportionnelles ou des secours.

La lutte contre la tuberculose, qui fait annuellement un grand nombre de victimes dans le personnel de la marine, est une mesure qui s'impose, non seulement dans l'intérêt des malades, mais encore dans celui de la partie saine des équipages.

Grève de médecins légistes.

Un journal italien, *Le Messagero*, cité par notre confrère *Il Policlinico*, raconte qu'à l'occasion de l'autopsie d'un individu ayant succombé à une méningite d'origine traumatique, les médecins experts de Ronciglione ont déclaré au juge local qu'ils refusaient la prestation de leurs services, en signe de protestation contre la manière désobligeante dont les experts sont traités par les autorités judiciaires.

En suite de ce refus, le procureur du Roi, à Viterbe, requit directement les services des Drs Marzetti et Venanzi, de Viterbe, pour pratiquer l'autopsie du cadavre, à Ronciglione. Ces deux médecins légistes, par esprit de solidarité avec leurs confrères de Ronciglione, rentrèrent à Viterbe sans accomplir la mission qui leur avait été confiée.

Les médecins de Ronciglione sont fermement décidés à refuser toute mission d'expertise judiciaire, aussi longtemps qu'on ne leur aura assuré des honoraires convenables et des égards légitimes.

La responsabilité des chirurgiens en Allemagne.

Un médecin peut-il être poursuivi pour avoir pratiqué une opération sans le consentement du malade [illegible] ou [illegible] teur, sans y avoir été autorisé par s[illegible] légal?

Ou[illegible] affirme le tribunal suprême de l'empire à Leipzig : toute opération, si elle n'est pas consentie, constitue une blessure corporelle.

Il vient en effet de condamner un chirurgien à payer des dommages-intérêts à une jeune fille de dix-sept ans, opérée de son propre gré, mais sans le consentement de son tuteur. Ce dernier, qui avait porté plainte, avait été débouté en première et deuxième instances. La Cour de Leipzig lui a donné toutefois raison. Ce jugement a causé une vive émotion dans les milieux médicaux allemands.

Biberons historiques.

Si les mœurs étaient, peut-être, plus pures à l'époque néolithique qu'aujourd'hui, il est malheureusement incontestable qu'il y avait déjà... des mères indignes. Dès que l'homme a su domestiquer les animaux et fabriquer un vase d'argile, il s'est rencontré une femme qui en a profité pour écarter son enfant de son sein. L'allaitement artificiel, en effet, remonte à l'âge de la pierre polie. Un petit biberon intact a été ramassé par Nicaise dans un des puits funéraires néolithiques de Tours-sur-Marne. On en a découvert d'autres dans les sépultures gauloises de Jonchery et les arènes gallo-romaines de la rue Monge, à Paris.

Ils tiennent, près des squelettes de nouveau-nés, la place qu'occupent, près des squelettes d'adultes et de vieillards, les poulets, les côtelettes de mouton et les râbles de lièvre, dont on voit les débris osseux sur des plats ou dans des patères d'or, d'argent ou d'électron.

Les morts violentes en Belgique.

De 1891 à 1900, on compte en moyenne, 3.068 homicides, suicides ou accidents mortels chaque année, pour toute la Belgique. En 1909, le chiffre est monté à 3.298.

C'est le Hainaut qui tient la tête avec 31 crimes, 440 accidents et 192 suicides. Pour les suicides, c'est le Brabant qui a, de loin, la palme : 292! Et l'agglomération bruxelloise, dans ce total, entre pour 272. Les quatre grandes villes du pays, sur un total de 153 crimes, en ont compté 31.

De 1891 à 1900, la moyenne des morts violentes qui était de 668 pour les quatre grandes villes, monta, de 1901 à 1905 à 669, pour arriver, en 1909, à 765. Bruxelles et les faubourgs entrent, dans ce total, pour 346; soit pour 45 pour cent.

Parmi les suicides on compte une moyenne de 10 attribués à des jeunes gens de moins de 16 ans et 70 de vieillards âgés de 70 ans et plus.

Le Saint qui guérit les entorses.

On sait que dans la thérapeutique sacrée, il y a beaucoup de spécialistes : que saint Sébastien guérit la peste; saint Jean, l'épilepsie; saint Lazare, la lèpre; saint Main, la gale; saint Fiacre, les hémorroïdes. Si vous voulez connaître quel est le bienheureux chargé des entorses, lisez ce passage de l'évangile aux quenouilles, précieux recueil de recettes diverses publié vers le milieu du seizième siècle:

« Se une femme je mespasse le pied, telement qu'il estors et comme hors du lieu, il convient que son mari voye en pèlerinage à mouseigneur sainct Martin pour sa santé et qu'il rapporte des lavemens du pied du cheval sainct Martin, et d'iceulx lavemens en lave son pied, et sautost garira. »

82e Année (Série XIIIe) — N° 112 Le Numéro : 25 Centimes Mercredi 20 Septembre 1911

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
3, Rue Denis-Poisson, PARIS
Téléphone : 573-40

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale......... 15 fr.
Edition Espagnole.... 10 fr.
Edition Portugaise.... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

ÉCHOS

Écoles annexes de médecine navale.

Les jurys des concours pour les emplois des professeur et de prosecteur d'anatomie dans les écoles annexes de médecine navales qui doivent s'ouvrir à Brest, Rochefort et Toulon, seront ainsi composés :

CONCOURS DE BREST. — 16 et 17 octobre 1911. 1° *Anatomie*; 2° *Histologie et physiologie*. Président : M. l'inspecteur général du service de santé Bertrand. Membres : M. le médecin en chef de 2e classe Girard et M. le médecin principal Barrat.

3° *Physique biologique*. — Président : M. l'Inspecteur général du service de santé Bertrand. Membres : M. le pharmacien en chef de 1re classe Billaudeau et M. le pharmacien principal Le Naour.

18 octobre 1911. — 4° *Prosecteur d'anatomie*. — Président : M. le médecin général de 2e classe Hyades. Membres : MM. les médecins de 1re classe Averous et Lucas.

CONCOURS DE ROCHEFORT. — 18 octobre 1911. — 1° *Prosecteur d'anatomie*. — Président : M. le médecin général de 2e classe Burot. Membres : MM. les médecins de 1re classe Rolland et Béraud.

23 octobre 1911. — 2° *Chimie. biologie*; 3° *Physique biologique*. — Président : M. l'Inspecteur général du service de santé Bertrand. Membres : M. le pharmacien en chef de 1re classe Billaudeau et M. le pharmacien principal Gautret.

24 octobre 1911. — *Physique biologique*. — Président : M. l'Inspecteur général du service de santé Bertrand. Membres : M. le pharmacien en chef de 1re classe Billaudeau et M. le pharmacien principal Gautret.

Un télégramme indiquant soit le nom des candidats, soit l'absence d'inscriptions sera adressé au ministère cinq jours au moins avant l'ouverture des épreuves.

L'Orchestre médical.

L'Orchestre médical, déjà célèbre, quoique fondé depuis deux ans seulement, donnera cette année plusieurs grands concerts de bienfaisance où seront exécutées des œuvres importantes (oratorios, fragments d'opéras, etc.), avec le concours de la Société chorale médicale, déjà en voie de formation.

Les membres de la famille médicale (médecin, sœur, frère, fille et fils de médecin) désireux de faire partie de la Société chorale médicale ou de l'Orchestre médical devront s'inscrire avant le 1er octobre chez l'un des membres du Comité de l'O M., notamment chez MM. les docteurs Richelot, 2, rue Rabelais; Vaucaire, 52, rue La Boétie; Destouches, 4, rue Thénars.

Société de Médecine de Toulouse.

Programme des prix pour 1912. — *Prix Gaussail* (600 francs). — « Etudier l'influence respective de l'organisme et du type bacillaire sur la forme et l'évolution des lésions tuberculeuses chez l'homme et les animaux. »

Programme des prix pour 1913. — *Prix Gaussail* (600 francs). — « De l'intervention chirurgicale dans les traumatismes de la plèvre et du poumon. »

Prix Naudin (400 francs). — « Etude bactériologique du sang dans la tuberculose. »

Médailles d'encouragement. — Indépendamment des prix ci-dessus, la Société peut décerner chaque année quatre médailles d'encouragement : vermeil, argent ou bronze, aux auteurs des meilleurs mémoires manuscrits ou inédits qui lui sont adressés dans le courant de l'année.

Conditions générales des concours. — Les mémoires écrits en français sont seuls admis à concourir pour les prix décernés par la Société; ils devront être adressés franco à M. le Secrétaire général, au siège de la Société (Hôtel d'Assézat-Clémence-Isaure, à Toulouse), avant le 1er janvier de l'année dans laquelle le prix doit être décerné, terme de rigueur, ils seront accompagnés d'une épigraphe ou devise qui sera répétée sur une enveloppe cachetée contenant le nom de l'auteur.

Les mémoires dont les auteurs se seraient faits connaître directement ou indirectement, ceux qui auraient été déjà publiés ou présentés à une Compagnie savante ne seront pas admis à concourir.

Les mémoires manuscrits sur sujets divers, destinés au concours des médailles d'encouragement devront parvenir franco à M. le Secrétaire général avant le 1er mars de chaque année.

Les membres titulaires de la Société ne peuvent pas prendre part aux divers concours.

Les étudiants en médecine y sont admis.

Les manuscrits des mémoires jugés par la Société deviennent sa propriété; toutefois, leurs auteurs peuvent en faire prendre copie à leurs frais, sans déplacement, en s'adressant pour cela au Secrétaire général.

La séance publique annuelle dans laquelle sont proclamés les résultats des divers concours, a lieu du 1er au 25 mai.

Ecoles vétérinaires.

Des concours seront ouverts :

A. — A l'école vétérinaire de Toulouse, le jeudi 2 novembre 1911, pour la nomination de deux chefs de travaux stagiaires attachés aux chaires suivantes :

1° Embryologie, histologie normale, anatomie pathologique;

2° Hygiène et zootechnie.

B. — A l'école vétérinaire de Lyon, le mardi 10 novembre 1911, pour la nomination de deux chefs de travaux stagiaires attachés aux chaires suivantes :

1° Pathologie des maladies contagieuses, police sanitaire, inspection des viandes de boucherie, médecine légale et législation commerciale en matière de vente et échange des animaux domestiques;

2° Pathologie bovine, ovine, caprine et porcine et obstétrique, médecine opératoire et clinique.

Le programme de ces concours se distribue au ministère de l'Agriculture (bureau des écoles et services vétérinaires) et dans chacune des trois écoles d'Alfort, de Lyon et de Toulouse.

Décès d'un médecin centenaire.

On annonce de Saint-Valerien (Yonne) la mort de M. le Dr Boulle.

M. Boulle, qui depuis longtemps n'exerçait plus, était âgé de 102 ans.

L'emploi de la lainette.

Le *Bulletin du Conseil d'hygiène et de salubrité* publie, comme application immédiate, une lettre du préfet de police, adressée au Dr Vaillard, membre du Conseil d'hygiène et de l'Académie de médecine. Voici de quoi il s'agit : Le ministre de l'Intérieur a appelé l'attention du préfet sur les dangers que présentent pour la santé publique, les pratiques de certains fabricants qui vendent des objets de literie de réclame fabriqués avec de la lainette.

« Lainette » est gracieux, cela fait songer aux nids des petits oiseaux. Mais dans la réalité cela consiste en matelas fabriqués avec des vieux tapis ramassés dans les tas d'ordures et en oreillers faits avec de vieilles plumes de chapeaux ou de plumeaux hors d'usage. Par un surcroît d'économie, les spécialistes en « lainette » ne font même pas désinfecter leurs horribles déchets : ils considèrent cette opération comme somptuaire et inutile. Le service d'inspection des établissements classés, consulté, a estimé qu'il était utile de prescrire des mesures générales de désinfection dans tous les ateliers du département de la Seine susceptibles d'utiliser des produits de cette provenance.

Des Moyens de Diagnostic précoce
DANS LA
TUBERCULOSE PULMONAIRE CHRONIQUE

Par M. le Docteur COUTURIER
Médecin adjoint de l'Armée belge.

Chacun sait l'importance capitale du diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire, dont les lésions ont d'autant plus de chances d'aboutir à la guérison qu'elles sont plus tôt reconnues et combattues par un traitement approprié. Aussi, les travaux sont-ils multiples, en ces dernières années surtout, qui se sont efforcés de préciser ce diagnostic si délicat de la tuberculose pulmonaire chronique au début. C'est sur les résultats de ces travaux, sur les conclusions qu'on en peut tirer, et sur l'interprétation de quelques symptômes, encore mal définie, que nous voulons jeter un rapide coup d'œil, en nous efforçant de n'insister que sur les données nouvelles de la clinique et du laboratoire.

Négligeant les notions depuis longtemps acquises déjà et par suite dénuées de tout intérêt, nous passerons successivement en revue :

1° Les signes objectifs fournis par l'examen du poumon et la radioscopie ;
2° Les symptômes fonctionnels ;
3° Les symptômes généraux ;
4° Les procédés cliniques spécifiques ;
5° Les procédés de laboratoire.

I. *Examen physique du poumon.* — L'inspection ne nous fournit que des renseignements connus de tous ; je me bornerai donc à rappeler : l'aplatissement de la cage thoracique, la faible amplitude de son périmètre, l'atrophie des muscles sus-épineux, la saillie des clavicules, l'asymétrie des deux moitiés du thorax, la diminution et le retard de l'excursion respiratoire du côté malade.

La palpation décèle une augmentation des vibrations vocales, qui peut acquérir une certaine valeur diagnostique, si l'on a soin d'appliquer la main en des points absolument symétriques, présentant la même épaisseur musculaire. La pression en certains points, notamment entre les deux chefs d'insertion claviculaire du muscle sterno-cléido-mastoïdien, dénote une exagération de la sensibilité du poumon malade ; mais il faut examiner des points bien symétriques et ce simultanément.

La percussion révèle une augmentation de résistance et de la submatité, surtout appréciables dans la fosse sus-épineuse, à sa partie la plus interne, beaucoup moins nettes au niveau des fosses sus et sous-claviculaires. Pratiquée sur la clavicule même et combinée en même temps à l'auscultation, elle donne lieu à une transsonnance de tonalité plus élevée du côté malade que du côté sain.

L'auscultation permet d'entendre une diminution du murmure vésiculaire, connue sous le nom de « signe de Grancher » et sur la valeur séméiologique de laquelle les auteurs sont loin de s'entendre. Des longues discussions entreprises à ce sujet, il semble résulter cependant que le signe de Grancher, en tant que symptôme isolé, n'est nullement pathognomonique d'une infiltration apexienne de nature tuberculeuse, attendu qu'il se rencontre notamment aussi dans les états suivants : 1° emphysème localisé au sommet ; 2° atélectasie localisée du poumon ; 3° adénopathie du médiastin, réduisant le calibre des bronches et, par suite, l'accès de l'air ; 4° pleurite sèche du sommet avec épaississement ; 5° malformations thoraciques ; 6° déviations rachidiennes ; 7° défectuosité de la respiration nasale, etc., etc. D'après Montelli, il existerait même, de façon constante, au sommet droit, chez nombre de sujets normaux, en dehors de tout état pathologique.

L'affaiblissement du murmure vésiculaire à un sommet n'acquiert une réelle valeur que dans les cas où il s'accompagne d'autres symptômes de tuberculose, tels que l'amaigrissement, la fièvre, les troubles cardiaques, etc. L'auscultation laisse entendre en outre un certain degré de bronchophonie, qui, pour quelques cliniciens, serait déjà un phénomène de la période secondaire. Les bruits surajoutés font toujours défaut au début de la maladie, ou tout au moins n'existent-ils que passagèrement, à l'occasion d'une poussée congestive ou inflammatoire. L'auscultation se fera le mieux, chaque fois que la chose sera possible, directement à l'oreille ; le stéthoscope cependant peut rendre quelques services dans l'auscultation de la région sus-claviculaire, entre les deux chefs du sterno-cléido-mastoïdien : c'est là que l'oreille est le plus près du sommet du poumon, lequel devient plus facilement accessible encore, si l'on fait relâcher ce muscle ; or, c'est dans cette région que la tuberculose débute presque toujours : il convient donc d'en faire systématiquement l'auscultation, et pour cet examen le stéthoscope est souvent nécessaire.

On le voit, les signes fournis par l'examen physique du poumon sont souvent d'une interprétation très difficile au début d'une tuberculose, et un seul examen sera toujours insuffisant pour affirmer le diagnostic. L'on recourra, si possible, à la radioscopie, qui montrera tantôt des taches sombres, tantôt un brouillard voilant le sommet du poumon suspect, mais l'on ne perdra pas de vue que de semblables opacités peuvent apparaître dans d'autres affections pulmonaires, telles que l'atélectasie, et que, d'autre part, elles n'indiquent pas si l'on se trouve en présence d'une tuberculose commençante ou bien en présence d'une cicatrice d'une tuberculose déjà ancienne, à évolution fibreuse.

II. *Les symptômes fonctionnels.* — La toux ne manque presque jamais. « Un individu qui ne tousse pas n'est pas un phtisique », disait Lasègue. La toux est brève, sèche, parfois quinteuse ou même coqueluchoïde ; souvent, elle survient après les repas et provoque des vomissements alimentaires (toux émétisante).

L'expectoration est rare et formée seulement d'un peu de mucus aéré, parfois visqueux et adhérent au vase, parfois sanguinolent. On y recherche toujours le bacille de Koch, souvent absent du reste à cette période de la maladie. A ce propos, l'on se souviendra de la confusion possible avec les bacilles acido-résistants ou même acido-alcoolo-résistants, qui peuvent se rencontrer dans les crachats et en imposer pour de véritables bacilles de Koch ; on décolorera donc successivement la préparation, traitée d'abord au Ziehl, par l'acide nitrique, puis par l'alcool absolu : le bacille de Koch étant acido-alcoolo-résistant, restera coloré en rose ; mais tout bacille acido-alcoolo-résistant n'est pas nécessairement un bacille de Koch ; aussi, quand on trouvera, dans la préparation, des bacilles acido-alcoolo-résistants courts, trapus, abondants, placés parallèlement les uns aux autres comme les planches d'une palissade, on fera bien d'inoculer le produit suspect à un cobaye et d'attendre les résultats de cette épreuve avant de conclure à la tuberculose. Au besoin, l'on recourra à la recherche chimique de l'albumine dans les crachats : ceux-ci, délayés dans un peu d'eau, sont additionnés de quelques gouttes d'acide acétique, qui coagule le mucus, puis filtrés ; le liquide qui passe est clair ; on le chauffe doucemnet ; s'il se forme un précipité, on peut admettre la présence d'albumine ; cette albumino-réaction est positive chez tous les tuberculeux sans exception ; quand elle manque, on peut, à coup sûr, rejeter le diagnostic de tuberculose ; mais elle peut exister dans d'autres conditions, notamment en cas de bronchite banale chez un brightique ou un cardiaque. La réaction n'a donc de valeur indiscutable que lorsqu'elle est négative ; positive, elle constitue seulement une présomption de plus en faveur de la tuberculose.

L'hémoptysie est un des symptômes les plus importants du début : souvent, elle est le premier signe qui attire l'attention du malade et du médecin sur le poumon ; presque toujours, elle est pathognomonique ; cependant, lorsqu'elle existe isolément, on peut penser aux hémoptysies des cardiaques, à celles des diabétiques ou des arthritiques.

La dyspnée est souvent minime au début, en dépit d'une fréquence exagérée des mouvements respiratoires, et elle n'apparaît qu'à l'occasion d'une toux quinteuse ou d'un effort.

Les douleurs thoraciques sont fréquentes, sous la clavicule, entre les épaules ; elles augmentent par les efforts de toux ou d'inspiration, par la pression. La compression des vagues au niveau du cou, même exercée de façon très légère, peut déterminer une douleur très vive dans les épaules, les bras, avec pâleur, tendance à la syncope, sueurs profuses, etc. ; ce réflexe, le plus souvent unilatéral et localisé du même côté que les lésions, serait constant dans la tuberculose pulmonaire.

La voix souvent s'altère et devient enrouée, par compression des nerfs récurrents par l'adénopathie concomitante. Quand ils parlent fort, les malades sentent, pour ainsi dire, que leur voix fait vibrer le poumon, symptôme qui, d'après Murat, serait véritablement révélateur de la maladie.

III. *Les symptômes généraux.* — Signalons, en passant, l'habitus extérieur, l'amaigrissement rapide, sans cause apparente, la déformation des doigts en baguettes de tambour, les troubles dyspeptiques, l'anémie surtout fréquente chez les jeunes filles, les troubles menstruels. Rappelons aussi l'inégalité pupillaire, phénomène réflexe encore mal élucidé, pouvant parfois éveiller l'attention du praticien et le mettre ainsi sur la voie du diagnostic.

Les troubles cardio-vasculaires nous re-

tiendront plus longtemps. On reconnaît notamment une grande importance à la tachycardie, fréquemment observée et souvent de façon très précoce, au point de précéder des manifestations pulmonaires appréciables ; le pouls oscille aux environs de 100 à la minute, sans que cette excitation cardiaque s'accompagne d'aucune sensation de malaise : il s'agit alors d'une tachycardie purement toxique, due à l'imprégnation de la fibre musculaire du cœur par des toxines tuberculeuses ; d'autres fois, le pouls dépasse 110 et même 120 pulsations à la minute, et les malades accusent en même temps des palpitations : il s'agit plutôt alors d'une compression des pneumogastriques par l'adénopathie trachéo-bronchique concomitante. Le pouls est instable : il s'accélère au moindre effort, ou seulement lorsque le malade passe de la position couchée à la station verticale. Les palpitations sont très fréquentes au début de la tuberculose pulmonaire, à ce point que lorsqu'un sujet se plaint de palpitations non imputables à une lésion cardiaque, ni à une affection gastrique, ni à une intoxication tabagique, alcoolique ou autre, on doit systématiquement penser à la tuberculose et procéder à l'examen minutieux des sommets pulmonaires. La pression sanguine est abaissée, comme l'a établi Potain, et ce phénomène est si constant que lorsqu'il vient à manquer passagèrement au cours d'une tuberculose avérée, il faut soupçonner une hémoptysie qui se prépare ou une poussée inflammatoire en voie d'évolution ; cette hypotension artérielle ne peut cependant pas, en dépit de la constance et de la précocité de son apparition, acquérir une valeur pathognomonique, attendu qu'on la rencontre également dans la syphilis et chez les individus qui s'adonnent aux exercices musculaires violents. Le déplacement du bord droit du cœur, de un à deux pouces vers la droite, serait, d'après Turban, un « symptôme typique et cardinal » de tuberculose du sommet droit.

Les réactions thermiques présentent également une grande importance pour le diagnostic de la phtisie pulmonaire au début, et Lasègue a pu dire avec raison que « tout malade qui mange et digère bien tout en ayant la fièvre, est un phtisique ». Mais un examen attentif est souvent nécessaire pour dépister les modifications, parfois très légères, de la température. Il faut, d'autre part, tenir compte des variations physiologiques qui surviennent chez des individus normaux, à la suite d'un exercice musculaire violent, d'un repas trop copieux, à l'approche des périodes menstruelles, variations qui peuvent atteindre près d'un degré. Ces réserves faites, il faut considérer comme subfébrile toute température qui atteint, au lever, le maximum physiologique de midi, et, à midi, le maximum physiologique du soir ; passé ces limites, la température devient nettement fébrile. Les statistiques démontrent que 80 p. 100 des tuberculeux avérés présentent une température fébrile ou tout au moins subfébrile : aussi doit-on accorder une valeur diagnostique importante aux températures même subfébriles, notées de façon constante, chez un individu, même en l'absence d'autres signes de tuberculose. L'étude de la température axillaire montre aussi que celle-ci est plus élevée du côté malade que du côté sain, quand la tuberculose est unilatérale, et plus élevée du côté où les lésions ont leur maximum d'activité, quand elle est bilatérale : cette différence de température des deux aisselles est donc un bon signe pour déceler une tuberculose en évolution.

Un mot encore sur quelques modifications apportées dans les échanges organiques par l'infection tuberculeuse : la déminéralisation serait poussée à un degré plus élevé, ce qui se traduit par une élimination plus considérable de sels de chaux par l'urine, notamment de phosphates terreux; les chlorures y seraient diminués, par suite d'un certain degré de rétention chlorurée dans l'organisme ; la quantité des urines est souvent augmentée : la polyurie peut atteindre 4 à 5 litres par jour, et elle s'accompagne fréquemment d'un trouble laiteux, consécutif à la miction, traduisant la phosphaturie ; il existe d'ordinaire une albuminurie légère.

IV. *Les procédés cliniques spécifiques.* — Nous serons bref à ce sujet. L'ophtalmo-réaction, la cuti-réaction, les injections hypodermiques de tuberculine, considérées, dans le principe, comme des moyens presque infaillibles pour dépister la tuberculose, ont déjà notablement perdu de la valeur quasi-spécifique qu'on leur attribuait : suivant Arloing et Courmont, chez les tuberculeux avérés, l'oculo-réaction donne 80 p. 100 de résultats positifs, la cuti-réaction 67 et la sous-cuti-réaction 91 p. 100 ; chez les suspects de tuberculose, on trouve 60 p. 100 avec l'ophtalmo-réaction, 82 avec la cuti-réaction et 57 avec la sous-cuti-réaction ; enfin chez les sujets sains en apparence, l'oculo-réaction donne 17.7 0/0 de résultats positifs, la cuti- et la sous-cuti-réaction au moins 50 p. 100. Mais tous ces chiffres sont loin d'être admis unanimement. Quoi qu'il en soit, l'ophtalmo-réaction, outre les dangers de kératite avec toutes ses complications auxquels expose son emploi, ne donne que des résultats fort incertains ; la cuti-tuberculination n'est guère employée utilement que chez les enfants ; chez l'adulte, la valeur de ses résultats reste encore beaucoup au-dessous de celle de l'oculo-réaction. De tous, le plus sûr moyen est encore l'injection sous-cutanée de tuberculine ; parfaitement inoffensive, elle seule paraît avoir une signification quasi-spécifique; à noter cependant qu'elle n'existe jamais chez les malades atteints de rougeole ; d'autre part, la réaction étant souvent positive chez les individus en apparence sains, elle n'acquiert toute sa valeur que dans les cas négatifs ; elle permet alors d'écarter à coup sûr l'idée d'une tuberculose. Au demeurant, ces diverses méthodes ne doivent être considérées que comme des auxiliaires de la clinique et elles ne peuvent avoir de réelle utilité que dans les cas où certains signes cliniques permettent de soupçonner une tuberculose en évolution : c'est un moyen de contrôle pour les diagnostics hésitants et non pas un moyen spécifique pouvant servir à dépister, dans un but pratique de prophylaxie générale, la tuberculose.

V. *Les procédés de laboratoire.* — La culture et l'inoculation au cobaye des produits suspects restent les seules méthodes vraiment infaillibles, mais trop lentes pour être appliquées pratiquement au diagnostic de la tuberculose pulmonaire chronique. Aussi s'est-on efforcé, en ces dernières années, de trouver des moyens plus rapides de déceler la présence, dans les humeurs de l'organisme, de différents principes spécifiques, résultant de l'existence, en un point de l'économie, d'un foyer d'infection tuberculeuse. Ces moyens reposent sur diverses propriétés générales des sérums, mises en évidence par les dernières acquisitions de la biologie.

L'un d'eux est basé sur la propriété agglutinante du sérum des tuberculeux vis-à-vis du bacille de Koch : c'est le séro-diagnostic d'Arloing et Courmont ; la réaction s'achève au bout de deux à six heures, et ses résultats peuvent être observés directement à l'œil nu ; négative, elle permet d'écarter l'idée d'une tuberculose, mais non pas de façon absolue, car elle s'est trouvée en défaut dans quelques cas de tuberculose au début, bien que rarement, il est vrai ; positive, elle est d'une interprétation plus difficile encore, car elle existe souvent même à un degré très élevé, dans les infections aigues et notamment la fièvre typhoïde. De plus, elle exige une technique assez délicate, spécialement pour la préparation de cultures homogènes de bacilles de Koch, aptes à subir l'agglutination : aussi, son emploi ne s'est-il pas généralisé.

Une autre méthode, basée sur la réaction de précipitation, paraît dénuée de toute valeur diagnostique.

Une troisième est empruntée à la réaction de fixation de Bordet et Gengou : « Lorsqu'on met en présence un antigène, la sensibilisatrice formée contre lui et un complément, ce dernier se trouve fixé. » Rappelons qu'on appelle antigène toute substance qui, introduite dans l'organisme, est capable d'y déterminer l'apparition d'anti-corps ; la sensibilisatrice (ou anticorps) est une substance qui se développe dans le sérum d'un animal dont l'organisme renferme de l'antigène (ou toxine) ; elle est spécifique, résiste au chauffage à 56° ; le complément est une substance qui existe normalement dans tous les sérums : il n'est pas spécifique ; il est détruit par le chauffage à 56°. Si donc on mélange *in vitro* de l'antigène (tuberculine ou culture de bacilles tuberculeux), du sérum à étudier et un complément quelconque, celui-ci sera ou ne sera pas fixé, selon que le sérum en expérience renferme ou ne renferme pas la sensibilisatrice spécifique, due à l'infection tuberculeuse de l'organisme. Le problème revient donc à déterminer si le complément est libre ou s'il a été fixé. Un moyen très ingénieux, imaginé par Bordet et Gengou, donne immédiatement la réponse à cette question : il suffit de mettre en présence du mélange « antigène + sérum à étudier + complément » une combinaison privée par le chauffage à 56° de son complément « sérum hémolytique quelconque chauffé à 56° + globules rouges pour lesquels ce sérum a été préparé ». Si le complément reste libre dans le premier de ces mélanges, ce qui traduit l'absence de la sensibilisatrice spécifique, ce complément va rendre au sérum de la seconde combinaison ses propriétés hémolysantes, et les globules rouges vont se dissoudre : la maladie recherchée, la tuberculose en l'occurence, n'existait pas ; dans le cas contraire, l'hémolyse ne se produit pas,

et nous avons affaire à un tuberculeux. Malheureusement, cette réaction n'a pas de valeur absolue ; tout ce qu'on peut en dire, c'est qu'elle manque toujours chez les non-tuberculeux : si donc il y a hémolyse, on peut exclure formellement l'idée d'une tuberculose ; mais la réaction s'est trouvée en défaut chez bon nombre de tuberculeux avérés.

Quelques mots enfin sur le diagnostic opsonique de la tuberculose. Cette méthode, imaginée il y a quelques années par Wright, consiste à mettre en présence des globules blancs, une émulsion de bacilles tuberculeux et le sérum à étudier. Au bout d'un temps déterminé, sous l'influence des opsonines renfermées dans le sérum, chaque polynucléaire a englobé un certain nombre de bacilles ; on en calcule la moyenne pour cent ; le chiffre obtenu représente le pouvoir opsonique du sérum à l'étude. Si l'on établit ainsi un rapport entre le pouvoir opsonique du sérum de l'individu suspect et celui d'un sujet sain, normal, choisi pour type, les conditions restant identiquement les mêmes, on obtient l'indice opsonique du sérum en expérience. Un indice opsonique voisin de l'unité (0.80 à 1.20) dénoterait un individu sain, non tuberculeux; un indice opsonique faible (0.3 à 0.8) signifierait tuberculose : sa constatation, plusieurs fois répétée, indiquerait presque à coup sûr une tuberculose locale. Cette méthode ne semble pas devoir jamais devenir d'une pratique courante dans les laboratoires, en raison même des difficultés de technique qu'elle comporte et de la valeur toute relative des résultats qu'elle fournit.

Ces reproches sont communs du reste aux différents procédés de laboratoire que nous avons décrits ici : ils sont tous d'une exécution difficile et exigent une longue pratique du laboratoire ; aucun d'eux ne donne une certitude absolue de diagnostic : ils complètent seulement les résultats obtenus par l'ophtalmo-réaction, la cuti-réaction, les injections hypodermiques de tuberculine, et ils ne peuvent que s'ajouter aux renseignements fournis par l'examen clinique des poumons et de l'économie tout entière. Parmi ceux-ci, la première place revient à la recherche du bacille de Koch dans l'expectoration, le seul signe de certitude, trop souvent absent, hélas ! Une autre, non moins importante, doit être réservée aux réactions thermiques, une autre encore aux modifications cardio-vasculaires et aux hémoptysies. Les autres symptômes n'ont de valeur que par leur association, mais ils acquièrent alors une portée indiscutable, surtout lorsqu'ils s'appuyent en outre sur les renseignements tirés de l'hérédité, du milieu, des conditions d'hygiène en général. (1)

Vomissements cycliques et Appendicite

CHEZ L'ENFANT

Par E. TERRIEN

Ancien chef de clinique infantile de la Faculté à l'Hôpital des Enfants-Malades

Traitement. — Dans la majorité des cas, on sera réduit à instituer un traitement purement symptomatique.

Au moment de la crise, le choix des moyens se trouvera naturellement assez limité, du fait même de l'intolérance gastrique : l'enfant rejette tout, eau et médicaments. La diète absolue sera de rigueur au moins les premières heures, puis on essaiera de faire prendre de petites quantités d'eau de Vichy additionnées chaque fois de quelques gouttes d'eau oxygénée, de petits morceaux de glace; on mettra sur l'épigastre un cataplasme laudanisé, on donnera un petit lavement à garder additionné de chloral, de bromure et de quelques gouttes de laudanum.

Sans doute on ne saurait apporter trop de prudence pour juger de l'efficacité d'un traitement dans une maladie dont l'évolution échappe à toute règle; cependant, dans plusieurs cas, il m'a semblé que cette thérapeutique avait exercé une action réelle sur la cessation de la crise. Parfois, dit Comby, un lavage de l'estomac, pratiqué avec de l'eau de Vichy, a coupé court aux vomissements.

Dès le début, lorsque certains signes prodromiques permettront de prévoir la crise prochaine, on s'efforcera de la faire avorter par l'administration d'alcalins à hautes doses ; on fera prendre à l'enfant 4, 5, 6 gr. de bicarbonate de soude, on donnera l'eau de Vichy dans la journée. L'administration d'un laxatif donné par la bouche ou en lavement serait sans doute aussi d'une certaine efficacité; mais c'est là un moyen qui pourrait n'être pas sans inconvénient dans les cas où derrière la crise gastrique se cacherait une appendicite ; on fera donc sagement de s'en abstenir.

En dehors des crises, l'hygiène de l'enfant sera particulièrement surveillée ; on évitera la constipation ; dans l'alimentation, on insistera sur les légumes verts et farineux, les fruits cuits ; on s'efforcera de calmer l'irritabilité nerveuse par des exercices, des frictions, la vie au grand air, et périodiquement on aura recours aux alcalins sous des formes variées. On pourra, par exemple, donner dix jours par mois l'eau de Vichy, les dix jours suivants des paquets de craie magnésie hydratée et phosphate tribasique de chaux, et reprendre après un repos de dix jours.

Mais, dans tous les cas, on devra surveiller attentivement la région de l'appendice, et si le syndrome gastrique semble lié à une altération de cet organe, ne pas hésiter à recourir à l'intervention.

REVUE DE CHIRURGIE

Considérations sur le traitement des déviations utérines, (Rapport sur un travail de M. le Dr Lucien Picqué, à l'Académie de Médecine), par M. L. Gustave Richelot, rapporteur.

Dans notre séance du 3 janvier 1911, M. le Dr L. Picqué, chirurgien de l'asile Sainte-Anne, nous a lu un travail sur les déviations utérines et leurs rapports avec les psychopathies. Dans sa très intéressante communication, l'auteur n'a pas fait seulement œuvre de gynécologiste; il s'est placé à un point de vue très spécial, en signalant, avec l'autorité que lui donne son expérience, les erreurs de thérapeutique auxquelles peut donner lieu une étude incomplète de ces questions. Pour le dire immédiatement, c'est à une grande réserve dans l'intervention chirurgicale que tendent ses conclusions, réserve qui paraît fort judicieuse quand on se place sur le terrain où l'auteur nous conduit, mais qui ne va pas, d'autre part, sans appeler un examen critique des faits sur lesquels il s'appuie.

Après avoir rappelé l'opinion de Velpeau, qui attribuait à la déviation toutes les inflammations de l'appareil utéro-ovarien et celle de Gosselin, qui mit en lumière le rôle de la métrite, M. Picqué nous dit que les études contemporaines sur les infections génitales ont définitivement fixé la place que les déviations doivent occuper dans la pathologie féminine. Cette fixation est-elle aussi claire et aussi définitive qu'il le pense ? Pour ma part, je ne le crois pas et je l'ai souvent dit. En tout cas, l'optimisme de notre collègue ne ressort pas de la discussion qui eut lieu en 1889 à la Société de Chirurgie et qu'il invoque à l'appui de sa thèse. Je trouve, au contraire, que nos idées de 1889 sont singulièrement confuses et je ne m'en étonne pas, car à cette époque déjà lointaine nous n'étions pas encore de vieux gynécologues.

Dans la discussion susdite apparaît un premier malentendu, qui continuera et qui dure encore : les méthodes de suspension, les hystéropexies sont étudiées pêle-mêle avec les méthodes de soutènement et de réfection périnéale, parce que la déviation simple est confondue avec le prolapsus. En ce qui concerne les indications, un premier fait se dégage, c'est que la rétroversion est souvent accompagnée de lésions inflammatoires des annexes, qui sont la vraie cause des douleurs, et que ce sont elles qu'il faut traiter. C'est fort bien ; mais on en déduit malheureusement que s'il n'y a pas de lésions annexielles la déviation n'est jamais douloureuse ; si elle fait souffrir et paraît simple, c'est qu'il y a des lésions annexielles méconnues. Bref, la déviation n'est rien par elle-même ; telle est la place très effacée qu'on lui assigne, que M. Picqué semble croire définitive et qui pour moi ne l'est pas du tout.

En présence de cette opinion, on s'explique difficilement que les chirurgiens de 1889 aient tant discuté les modes de redressement et conclu qu'il fallait intervenir, même dans les déviations sans douleur. C'est qu'il n'aurait pas fallu, à cette époque et sur le terrain gynécologique, parler d'abstention ! L'opération fut recommandée, soit pour aller à la recherche de lésions ignorées des annexes, soit pour prévenir des métrites et des salpingites qui seraient peut-être — à la mode de Velpeau — des conséquences de la déviation. Je passe sur les résultats précaires et variables des interventions d'alors, dus à la complexité de certains cas, à l'imprécision des diagnostics, à l'imperfection des procédés. Depuis 1889, la question a marché, la gynécologie opératoire a fait de brillants progrès, mais les vieilles idées n'ont pas toutes disparu.

M. Picqué n'a rappelé cette histoire que pour arriver à poser la question dans ces termes très simples : « Il y a deux variétés de rétrodéviations douloureuses ; dans l'une, la douleur est due à des lésions concomitantes ; dans l'autre, elle a pour origine une psychopathie ». Termes trop simples, à mon avis ; tout à l'heure, je dirai pourquoi ; mais poursuivons d'abord l'exposé de la doctrine de notre collègue et de ses idées, très justes en somme, sur le rôle qui revient à la psychiatrie dans les affections chirurgicales.

Beaucoup de malades atteintes de déplacements utérins sont des hystériques ou des hypochondriaques et les douleurs qu'elles éprouvent ont souvent une origine cérébrale. Sans doute, un mal périphérique peut créer l'hypo-

(1) Archives médicales belges.

condrie; mais celle-ci est le plus souvent primitive, et les malades accusent une douleur souvent sans localisation précise, d'autres fois localisée à des organes sains ou déplacés, voire très légèrement déplacés. Il y a plus: il suffit qu'un médecin attire leur attention sur ce déplacement pour qu'elles y localisent la douleur. M. Picqué, dans des communications antérieures, a cité maints exemples de suggestion dans cet ordre d'idées. Ainsi des malades, qu'un pessaire a soulagées, ne peuvent plus s'en séparer sans souffrir de nouveau, mais elles restent guéries si on l'ôte à leur insu. Cette influence cérébrale peut expliquer « beaucoup de cas où la déviation utérine non compliquée de lésions annexielles s'accompagne de manifestations douloureuses ». Je note avec plaisir qu'il n'a pas dit « tons les cas ».

On voit l'intérêt qui s'attache à ces notions au point de vue thérapeutique. L'opération ne peut donner aucun résultat quand l'origine de la douleur est purement cérébrale; et M. Picqué ajoute qu'elle peut même aggraver l'état mental. J'ai vu, moi aussi, l'intervention « éveiller des états cérébraux latents chez les hystériques on aggraver certains états hypocondriaques ». Ces faits, cependant, méritent d'être discutés avec attention, et je le ferai tout à l'heure. Mais auparavant, je voudrais circonscrire un peu mieux, j'allais dire avec moins de partialité, le domaine des déviations dont les symptômes relèvent exclusivement d'un trouble de la cénesthésie cérébrale.

Est-il vrai, d'abord, que la rétroversion soit toujours « fonction » d'une lésion infectieuse de la cavité pelvienne et que toujours les malades « souffrent d'autre chose »? Ce qui est vrai, c'est qu'il y a beaucoup de cas où les accidents ont, en effet, pour cause des lésions annexielles qui enclavent et déforment l'utérus. La déviation s'efface devant l'infection pelvienne; c'est l'infection qu'il faut voir et traiter. Mais il est d'autres cas où l'utérus douloureux, simplement congestionné, s'incline par le relâchement de ses attaches fibreuses ou s'infléchit par la défaillance de son tissu. Il est mobile, sans adhérences, sans reliquats d'infection autour de lui. Pareille déviation se rencontre souvent chez les vierges, les très jeunes femmes avant toute grossesse. L'utérus des jeunes filles a un col mince et rosé. Celui des femmes de trente-cinq ou quarante ans est hypertrophié, scléreux; l'orifice externe, sans érosion, laisse échapper un mucus clair. L'histologie peut y déceler une hyperplasie régulière des glandes et du stroma de la muqueuse, des fibres conjonctives et des fibres lisses de la paroi, mais sans rupture des travées, sans infiltration leucocytaire, sans trace d'invasion microbienne.

Je dis que ce type de rétroversion est primitif, indépendant. A quelle « autre chose » vous attaquerez-vous? Qu'avez-vous à aseptiser, à réséquer, à gratter, chez une vierge dont la « métrite virginale » n'est qu'une congestion douloureuse au moment des règles et un catarrhe simple, transparent? Où est la métrite chez une femme jeune et sans enfants, sans blennoragie, sans altération du col? Où est l'infection et son influence sur le tissu utérin, sur la statique pelvienne, quand, en ouvrant l'abdomen, vous trouvez des trompes grêles et mobiles, des ligaments souples et minces, un péritoine lisse et poli?

En revanche, il est fréquent de voir la rétroversion mobile coïncider avec le déplacement du rein ou la procidence des parois vaginales, avec tous les relâchements fibreux, avec toutes les manifestations du neuro-arthritisme: migraines, douleurs articulaires, points névralgiques, dyspepsie, constipation, troubles hystériformes. Aussi la déviation utérine doit-elle être classée parmi ces dystrophies d'origine arthritique que je me suis efforcé de décrire et sur lesquelles je reviens souvent. Je sais bien que le mot « arthritisme » ne passe plus aujourd'hui comme une lettre à la poste; mais je n'ai pas le loisir d'insister en ce moment sur une controverse aussi grave, d'expliquer pourquoi je refuse de confondre une infection actuelle, évoluant sous mes yeux, avec ces dystrophies que portent mes malades parce que leur mère les portait; pourquoi je tiens à constater que telle de mes patientes est disposée, depuis les premières années de sa vie génitale, aux congestions douloureuses et au relâchement des tissus fibreux; comment cela n'empêche d'instituer une thérapeutique brouillonne contre des lésions infectieuses imaginaires, on de rester impuissant parce que je n'en ai pas trouvé; enfin, dans quelle mesure et dans quel intérêt je crois encore à l'arthritisme.

Je dis maintenant que cette rétroversion, primitive et indépendante, sans métrite ni lésions annexielles, facilement tolérée chez certaines femmes, je le reconnais, est souvent une maladie douloureuse, incompatible avec une vie normale, et vaut la peine d'être guérie. Elle est d'autant plus pénible que la malade est plus nerveuse, plus congestive, plus arthritique. Mais prenez garde: ne faites pas des idées les plus justes une rengaine, en disant sommairement que chez les nerveuses la douleur ne vient pas de l'utérus et qu'il n'y a rien à faire. Sans doute, il faut éliminer les neurasthéniques graves, les « fausses utérines » qui sont les *noli me tangere* de la gynécologie; mais qu'on se donne la peine de regarder sa malade et de juger autrement qu'avec des idées toutes faites, alors on distinguera les cas où aux stigmates du neuro-arthritisme s'ajoutent des troubles pelviens nettement localisés. Règles douloureuses, ordinairement profuses; dans l'intervalle des époques, pesanteur, fatigues, douleurs sourdes ou lancinantes, irradiant au périnée, aux cuisses, à la région lombaire. Surviennent des crises violentes, qui rendent la marche impossible et forcent la malade à s'étendre. L'utérus rétrodévié est globuleux et dur; à certains moments, le toucher est extrêmement pénible, et tout l'appareil génital est d'une exquise sensibilité. J'ai déjà noté l'intégrité du col et son mucus clair. Les poussées congestives, habituelles au moment des règles, viennent souvent dans leur intervalle, tantôt soudainement et par caprice, tantôt avec une véritable périodicité, au milieu de l'espace intermenstruel, règles de quinzaine ou hypersécrétion glandulaire sans hémorragie.

Ce tableau est celui de la congestion pelvienne des arthritiques nerveuses; et il peut exister sans rétroversion. Mais il faut croire que le renversement ou l'inflexion de l'organe gêne la circulation, tiraille ou comprime des filets nerveux, provoque ou entretient la congestion douloureuse, car les gynécologues de la génération précédente, moins savants que nous sur l'infection, savaient bien qu'en mettant un pessaire on fait cesser tout à coup les douleurs et que la femme est soulagée comme par enchantement. Les choses n'ont pas changé; et, dans un travail présenté au Congrès de Lisbonne en 1905, j'ai montré, par l'analyse de nombreuses observations, que souvent ces rétroversions mobiles, primitives, sans adhérences ni lésions inflammatoires démontrables, sont des maladies sérieuses qui guérissent à merveille par le fait seul du redressement opératoire; qu'il est fréquent de voir des troubles pelviens caractérisés, rebelles, relever d'une rétroversion très simple et d'apparence très bénigne et la correction de l'attitude vicieuse suffire à la suppression durable des symptômes; que même un état nerveux complexe peut être, sinon créé de toutes pièces, du moins entretenu et singulièrement aggravé par la simple déviation et que dans ces cas difficilement abordables on peut voir, après la correction, cesser les grands symptômes et l'équilibre se rétablir. Voilà donc réduite à néant cette assertion exagérée, à savoir que la rétro-déviation n'a par elle-même aucune valeur.

Et voilà pourquoi il faut admettre, à côté des déviations utérines commandées par les lésions infectieuses du petit bassin et par elles reléguées au second plan, une rétroversion simple, indépendante, qui fait souffrir les malades que l'opération guérit et qui n'a rien à voir avec les troubles mentaux des hystériques et des hypocondriaques.

Cela dit et pourvu qu'on ne voie pas l'hystérie et l'hypocondrie partout, les recommandations de M. Picqué sont tout à fait légitimes. Il est évident que les opérations doivent donner des résultats incertains ou mauvais chez les malades qu'il a en vue. Mais encore ici, il faut s'entendre: s'il ne s'agissait que de simples rétroversions, le plus expédient serait de n'y pas toucher. Mais il y a aussi des prolapsus, il y a surtout des prolapsus chez les malades de M. Picqué et je le prends en flagrant délit de faire ici la confusion que faisaient les gynécologues en 1889 et qu'ils font encore aujourd'hui, c'est-à-dire de mettre dans le même sac la rétro-déviation et la procidence. Je demande à m'expliquer sur ce point; nous jugerons mieux ensuite les conclusions thérapeutiques de notre collègue.

Je suis toujours étonné de voir leçons et articles sur les rétrodéviations dessiner d'abord quelques traits de leur histoire, puis tourner court et se lancer dans « l'effondrement pelvien », ses conséquences et sa thérapeutique. Je sais bien qu'au point de vue nosologique les deux infirmités sont de même nature et qu'on les voit souvent associées. N'empêche que la forme de rétroversion dont j'ai tout à l'heure établi l'existence est nettement isolée; elle ne s'annonce par aucun signe extérieur; il faut la chercher à travers un périnée intact et un vagin qui a sa tonicité normale. Un peu de laxité peut-être chez les femmes qui ont accouché, mais pas toujours. Chez les nullipares, l'intégrité anatomique est entière. Cette forme très simple de déviation est justement la plus intéressante, la plus douloureuse, celle qui donne les réactions les plus vives, et cela à tout âge avant la ménopause, mais particulièrement chez les femmes encore jeunes. Elle a sa physionomie, ses indications, sa thérapeutique.

Nous sommes à cent lieues de là, si vous me parlez d'effondrement pelvien. La femme est ordinairement plus âgée, la paroi vaginale fait saillie à la vulve béante, le col est dehors ou très abaissé. En pareil cas, l'utérus est presque toujours penché en arrière; mais quelle différence! La déviation n'est ici qu'un épiphénomène; la femme est gênée par sa hernie vaginale, plus ou moins impotente, mais elle n'a ni congestions, ni pertes, ni crises névralgiques; le col est hypertrophié, mais sec, le corps est insensible au toucher. Il s'agit d'un prolapsus et non d'une rétroversion; d'une chute viscérale et non d'une inclinaison défectueuse; de tissus relâchés, ptosiques, insuffisants et non de vaisseaux congestionnés et de nerfs irrités. En résumé, deux ordres de faits bien distincts: la rétroversion d'une part, avec un vagin normal et un périnée suffisant; d'autre part, le prolapsus, au milieu duquel la déviation utérine joue un rôle insignifiant. Il est, d'ailleurs, bien entendu que les divers degrés de la procidence peuvent se rencontrer chez des femmes dont l'activité génitale n'est pas éteinte

et dont l'utérus dévié peut souffrir; que, par suite, à la gène de la hernie vaginale s'ajoutent parfois d'autres symptômes; qu'enfin, chez certaines femmes, il y a nécessité de refaire le périnée, il peut être utile en même temps de redresser l'axe utérin. En un mot, s'il y a plusieurs indications, qu'on les distingue et qu'on les suive; ce que je ne veux pas, c'est qu'on les confonde.

C'est, en effet, pour le traitement que la distinction s'impose. Il faut une autre puissance pour contenir les organes prolabés que pour modifier une inclinaison défectueuse. Dans le premier cas, opérations de soutènement et de réfection périnéale; au contraire, la version, n'étant pas une « chute », réclame un acte chirurgical plein de réserve, un changement de direction sans effort inutile, sans violence directe, évitant les positions forcées et respectant la liberté d'un utérus très sensible, au besoin son avenir génital.

Mais je reviens aux conclusions de M. Picqué. Après avoir pris les déviations pour titre de son travail, au moment de nous démontrer l'importance de la psychopathie, il change d'appellation et nous parle de « déplacements utérins »; puis les exemples qu'il choisit sont tous pris parmi les cas de prolapsus. Eh bien, telle est la vérité: sur le terrain gynécologique, c'est la ptose de l'appareil génital qu'on voit le plus souvent associée aux troubles mentaux; c'est elle qui figure en majorité parmi les cas de psychoses post-opératoires que j'ai observés et l'expérience de M. Picqué est sur ce point très supérieure à la mienne. La rétroversion simple, telle que je l'ai décrite, n'a pas de méfaits semblables sur la conscience; le cas échéant, je le répète, l'abstention est de mise et ne peut prêter à controverse. Mais avec la procidence, la question est plus complexe et la conduite à tenir n'apparaît pas si clairement.

« Dans le plus grand nombre des cas, dit M. Picqué, j'ai observé que les malades atteintes de prolapsus présentent des idées hypocondriaques et accusent des troubles fonctionels qui ne sont nullement en rapport avec le degré de déviation de l'organe. » Ici, notre collègue est entraîné. Si nous l'écoutions, nous serions tentés de ne plus faire de colporraphies. Il ne songe pas aux malades infiniment nombreuses qui viennent nous demander secours pour une hernie vaginale qui leur cause une gène profonde, comme toute hernie, des tiraillements, des douleurs et les rend impotentes; malades saines d'esprit, d'ailleurs, travailleuses entravées, mères devenues inactives, auxquelles nous rendons, par une intervention opportune, la force et la joie de vivre. Ces femmes sont légion et il ne faut pas dire qu'elles ont des troubles cérébraux « dans le plus grand nombre de cas »; il ne faut pas nous rendre suspecte une foule de malades intéressantes à qui nous rendons de grands services.

Aussi bien, il y en a parmi elles qui ont des idées noires, qui sont neurasthéniques; làdessus nous sommes d'accord. Mais M. Picqué n'a-t-il pas dit lui-même: « Une lésion douloureuse périphérique peut créer l'hypocondrie; dans ce cas, l'hypocondrie est symptomatique et peut disparaître avec le foyer de la douleur » ! Alors, pourquoi s'étouner outre mesure que le Dr Leroy-Brown, chirurgien de l'hôpital Manhattan, ait obtenu la guérison des troubles mentaux par l'opération dans 51 cas de prolapsus et trouve là un argument en faveur des origines extra-cérébrales de la folie? Je veux bien que l'opinion du chirurgien de New-York soit exagérée; n'empêche qu'il y a dans ces faits quelques raisons pour ne pas renoncer à rétablir la statique pelvienne et à faire cesser les douleurs chez des malades qui paraissent avoir la dose de tristesse et de découragement que comportent leurs souffrances, et cela sans mauvais antécédents, sans preuves de neurasthénie incurable. Tous les gynécologues ont des cas semblables à leur actif et j'en ai plus d'un pour ma part.

Restent les vraies hypocondriaques et les vraies aliénées. Chez celles-ci, il faut s'attendre, en premier lieu, à faire des opérations inutiles; en second lieu, à aggraver leur mal. Eh bien, là encore, je refuse de juger en bloc. Si une telle malade se présente à moi avec une procidence confirmée, un utérus entre les jambes, une gène et des douleurs incontestables, il m'est difficile de ne pas songer à la guérir de son infirmité. Alors même que le diagnostic de son état mental ne me laisse aucun doute, puisje affirmer qu'en supprimant ses douleurs et son impotence fonctionnelle je ne lui ferai pas quelque bien? Et quand même elle serait aussi folle après qu'avant, un chirurgien peut-il laisser une femme, saine ou démente, en si piteux état?

Vous alléguez la psychose post-opératoire, c'est-à-dire l'aggravation possible d'un état mental préexistant? Je réponds que cette aggravation est assez rare — j'en al vu onze cas dans toute ma pratique — et sans grande importance, après tout, car l'état mental préexistait et l'acte opératoire n'a fait que lui donner une occasion de faire du bruit, un prétexte qu'il aurait trouvé ailleurs, sans doute à brève échéance. Donnons aux faits leur juste valeur: ce qui est fâcheux, c'est de partir en guerre, d'annoncer qu'on va tout mettre en ordre et de n'avoir à montrer qu'une malade inapaisée ou pire. Mais de désastre, il n'y en a point.

On le voit, je ne veux pas « jeter le manche après la cognée » et je trouve que la chirurgie doit continuer à guérir de son mieux les rétrodéviations et les prolapsus, non seulement chez les malades saines d'esprit que M. Picqué regarde de travers sans les mettre formellement en cause, mais encore chez certaines mal équilibrées à qui nous pouvons faire du bien. Le tout est de savoir ce qu'on fait, d'agir avec réserve, avec scepticisme et de ne pas se laisser berner.

Car il y a toute une série de faits sur lesquels M. Picqué a pleinement raison. Je veux parler des cas où le chirurgien constate une lésion minime, « un léger prolapsus », « un faible degré de cystocèle » et où la malade crie ses douleurs, décrit des sensations multiples et bizarres, se montre exaltée ou déprimée, rattachant toujours les symptômes qu'elle accuse à un état local sans importance, voire même inexistant. C'est ici que les chirurgiens non prévenus prennent le change, déploient leur zèle gynécologique, se livrent ingénument à des interventions futiles et constatent la persistance ou l'exaspération des troubles nerveux. C'est ici qu'il faut noter avec soin la disproportion entre les plaintes de la malade, son insistance pour être opérée et l'insignifiance de l'état local. C'est ici « qu'il convient de renoncer à la chirurgie et de recourir aux ressources diverses que nous offre la psychiatrie », manœuvrer avec prudence, user de la persuasion, surtout faire un diagnostic subtil entre un état nerveux susceptible de guérison et l'état plus grave de ces aliénés libres qu'on appelle indûment des neurasthéniques.

En résumé, l'interprétation que M. Picqué nous donne des déviations utérines et du prolapsus, dans leurs rapports avec l'état mental, ne laisse pas que d'être un peu exagérée; mais ses conclusions sur l'inutilité on le danger des interventions chez les malades dont les douleurs ont une origine purement cérébrale me paraissent, en revanche, absolument justifiées.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

De la gymnastique auriculaire et de son application au traitement de la surdité, par le Dr Ch. Fiessinger, médecin honoraire des hôpitaux de Paris, membre de l'Académie de médecine (*Semaine Médicale*).

Parmi les nombreuses conditions de surdité incomplète, il en est une que je m'étonne de ne pas voir étudiée dans les ouvrages classiques: c'est l'impotence fonctionnelle des muscles de l'oreille. Que ces muscles n'aient qu'un rôle accessoire dans la fonction auditive, cela est incontestable; mais il n'est pas moins certain qu'ils sont des adjuvants importants de l'audition et que leur déchéance peut être un facteur sérieux d'affaiblissement de l'ouïe.

D'autre part, entre tous les moyens capables d'entretenir la nutrition des muscles et leur activité fonctionnelle, de leur rendre même cette activité, lorsqu'elle a été compromise, il n'en est sans doute pas de plus efficace qu'un exercice méthodique: on sait bien maintenant les résultats excellents que la méthode de rééducation motrice peut donner chez des paralytiques que l'on considérait naguère comme condamnés à l'impotence.

Ce sont ces deux propositions qui m'ont conduit à essayer sur moi-même la méthode de rééducation musculaire, en l'appliquant aux muscles de l'oreille, pour remédier à un affaiblissement de l'ouïe, qui, après avoir augmenté pendant quelques années, puis rétrocédé grâce aux traitements divers qui m'avaient été appliqués, persistait depuis de longs mois à l'état stationnaire; les résultats que j'en ai obtenus m'ont paru assez évidents pour que je crois devoir les faire connaître et recommander un moyen qui peut être utile à nombre de demisourds (1).

I

Les affections qui entraînent, comme conséquence secondaire, une parésie des muscles auriculaires sont, sinon très nombreuses, du moins très communes. A signaler, entre autres, toutes les inflammations aiguës, subaiguës ou chroniques qui atteignent l'oreille moyenne, notamment celles qui viennent de la gorge ou des arrière-narines et se propagent à la caisse par l'intermédiaire de la trompe d'Eustache; plus souvent encore le catarrhe de la caisse, si fréquent chez les arthritiques, à la suite des poussées fluxionnaires dont les arrière-narines sont un des sièges habituels. Ces affections, souvent chroniques, compromettent également les articulations des osselets, d'où une nouvelle condition de dureté de l'ouïe, à laquelle, soit dit en passant, la gymnastique auriculaire sera un excellent remède, de même que l'exercice musculaire et la mobilisation systématique des jointures sont le meilleur traitement que je connaisse du rhumatisme chronique. Il faut encore noter, comme cause très importante de dysécie, l'inutilisation volontaire ou habituelle de l'une des oreilles, lorsque, pour une raison quelconque,

(1) Voici en quelques mots le résumé de mon auto-observation: comme conséquence d'un catarrhe chronique de la caisse, ravivé pendant plusieurs hivers par des rhumes accidentels et par quelques poussées congestives de nature arthritique, l'une de mes oreilles avait graduellement perdu de son acuité auditive, et j'étais arrivé à ne plus entendre que très imparfaitement de cette oreille et à ne plus m'en servir, non seulement pour ausculter, mais même pour écouter un discours ou suivre une conversation. Grâce aux bons soins de M. le Dr Le Marc Hadour, le catarrhe rétrocéda et fut même, à la longue, à peu près guéri; l'audition devint meilleure, et de fréquentes douches d'air la rendaient passable pour un temps. Cependant arriva un moment où l'état resta stationnaire et assez imparfait. C'est alors que j'eus l'idée de recourir à une sorte de rééducation de l'oreille paresseuse par les procédés dont il va être question, et encouragé par mon confrère à qui je fis part de l'idée directrice qui m'avait inspiré et de mes premières tentatives, je persévérais dans la pratique quotidienne de ce moyen qui, petit à petit, me donna des résultats satisfaisants, évidents pour mon entourage et vérifiés par le contrôle médical.

cette oreille a été seule atteinte d'affaiblissement de l'ouïe ou l'a été de façon prédominante: alors, instinctivement, on cesse de se servir de cette oreille pour l'audition, et, ainsi qu'il arrive pour tout organe dont la fonction est supprimée, l'activité fonctionnelle décline progressivement; l'impotence et l'atrophie ne peuvent manquer de se produire. C'est ainsi que, faute de réagir contre cette déchéance, la surdité incomplète unilatérale tend à augmenter par défaut d'exercice de la fonction, tandis que la bonne oreille, du fait de son activité, conserve ou même accroît sa puissance.

II

Les muscles de l'oreille externe, très développés chez certains animaux qui jouissent d'une grande mobilité de leur pavillon, le sont beaucoup moins chez l'homme, et tous les physiologistes soutiennent que, en règle générale, l'homme ne peut pas volontairement faire mouvoir son pavillon; ils citent, comme un fait exceptionnel, l'exemple du physiologiste Jean Müller, qui jouissait du rare privilège de pouvoir à volonté remuer les oreilles. Cette assertion me paraît très exagéré; je me suis assuré sur moi-même et sur des personnes de mon entourage que l'on pouvait, en s'y appliquant par un effort de volonté, imprimer à la partie supérieure du pavillon des mouvements appréciables en haut, en arrière et en avant, en même temps que des mouvements dans les muscles animés par le nerf facial supérieur. C'est le défaut d'exercice qui rend ces muscles peu accessibles à l'action de la volonté, mais on arrive, sans grande difficulté, à leur donner cette propriété par des exercices répétés. Dans les conditions ordinaires, les mouvements du pavillon se produisent sous l'influence d'une action réflexe, et ils sont habituellement trop peu étendus pour être très apparents; on peut cependant en constater, de façon sûre, l'existence chez certaines personnes très attentives à un discours ou à un morceau de musique qui les intéresse vivement: Martin-Magron racontait qu'il avait été une fois très distrait, à un théâtre d'opéra, par la vue d'une personne placée devant lui, dont les oreilles s'agitaient à chaque passage émouvant.

Duchenne de Boulogne a bien étudié, par la faradisation localisée, non seulement l'action des muscles extrinsèques du pavillon (auriculaires supérieur, postérieur et antérieur), mais aussi celle des muscles intrinsèques (muscles du tragus et de l'antitragus, de l'hélix et de l'anthélix); il a montré que ces divers muscles avaient pour rôle d'imprimer des mouvements d'ensemble au pavillon, d'agrandir ou de rétrécir l'entrée du conduit auditif et encore de modifier la forme du pavillon; qu'ils avaient ainsi comme effet, les uns de favoriser l'accès des ondes sonores sur la membrane du tympan, les autres de protéger l'oreille contre les impressions trop vives.

Quant aux muscles de l'oreille moyenne (muscles du marteau et de l'étrier, destinés à faire mouvoir la chaîne des osselets et à agir par leur intermédiaire sur le tympan et sur la fenêtre ovale), leur rôle dans l'audition est beaucoup plus important encore que celui des muscles de l'oreille externe, comme aussi les affections de la caisse, comme causes de surdité, dépassent de beaucoup les affections de l'oreille externe. Ces muscles ont pour fonction de régler la tension de la membrane du tympan, et d'adapter cette tension à l'intensité des sons qui viennent impressionner l'ouïe: le muscle du marteau est tenseur du tympan, et sa contraction a en même temps pour effet d'enfoncer la base de l'étrier dans la cavité du vestibule de la fenêtre ovale et d'élever la pression du liquide dans le labyrinthe; le muscle de l'étrier, dont les fonctions sont moins fixes, serait relâcheur du tympan, et il paraît avoir aussi pour effet de modérer l'étendue des mouvements d'entrée de l'étrier dans la fenêtre ovale et par là de régler la pression labyrinthique.

Ce simple aperçu sommaire des diverses actions physiologiques dévolues aux muscles de l'oreille suffit pour faire comprendre l'importance du rôle que ces muscles ont à remplir dans l'audition et la précieuse contribution qu'il peuvent apporter à cette délicate fonction.

Tous les muscles de l'oreille externe, extrinsèques ou intrèques, sont innervés, directement ou indirectement par le nerf facial; j'insiste sur ce fait qui rend compte de la très étroite solidarité qui unit la contraction des muscles de l'oreille et celle des muscles de la face, solidarité telle que la plupart d'entre eux ne peuvent se contracter isolément, que la contraction des muscles auriculaires, par exemple, est toujours associée à celle des muscles épicraniens et réciproquement. On peut même supposer, et cette hypothèse me paraît très plausible, que les muscles de l'oreille moyenne auraient une semblable solidarité avec ceux de l'oreille externe, et qu'ainsi la contraction de ces derniers entraînerait la mise en activité des premiers par une véritable synergie fonctionnelle. Ces considérations trouveront des applications très importantes pour expliquer le mode d'action de la gymnastique auriculaire.

Les muscles de l'oreille, comme ceux des autres organes sensoriels, semblent plus ou moins réfractaires à la volonté; il est avéré que, dans les conditions ordinaires, ils ne se contractent que sous l'influence d'une action réflexe. Cependant ce qu'ils ne font pas d'habitude, un certain nombre d'entre eux au moins peuvent le faire en obéissant à la volonté; et l'éducation est susceptible de développer en eux la contractilité volontaire dans une certaine mesure. De même que certains muscles de la face se contractent, en dehors de la volonté et par une sorte d'action réflexe, sous l'influence des diverses émotions de l'âme, imprimant à la physionomie les expressions variées de ces émotions, et que, d'autre part, la contraction volontaire des mêmes muscles peut reproduire plus ou moins fidèlement l'expression simulée des diverses passions, ainsi qu'on l'observe dans le jeu des grands acteurs; de même les contractions des muscles de l'oreille, qui ne sont habituellement sollicitées que par les bruits et par les sons qui viennent frapper l'organe auditif, peuvent aussi être produites ou renforcées par l'action de la volonté.

A ce point de vue, l'attention peut être tenue pour un excitant efficace de la contraction musculaire: l'acte volontaire *d'écouter*, si différent du phénomène passif *entendre*, comme regarder diffère de voir, suppose l'intervention d'un effort qui a pour effet d'accommoder l'organe sensoriel à une perception plus distincte et d'obtenir une sensation plus parfaite; or, comment cette accommodation peut-elle se produire, sinon par l'intervention des muscles accommodateurs, qui sont destinés à agir sur les appareils de perfectionnement de l'organe et à les adapter à la meilleure perception dont l'organe est capable. Ici donc l'attention est l'excitant de la contraction musculaire et cet acte, dépendant de la volonté, est encore un moyen efficace de provoquer l'activité des muscles auriculaires et d'entretenir leur contractilité.

La contraction volontaire n'est appréciable, pour les muscles de l'oreille, que sur ceux de l'oreille externe, muscles extrinsèques et intrinsèques du pavillon; quant à ceux de l'oreille moyenne, dont l'action dans l'audition est encore plus nécessaire, il est, je le répète, au moins probable qu'ils se contractent en même temps que ceux de l'oreille externe (comme ces derniers s'associent dans leur fonctionnement à ceux de l'épicrâne), en vertu de la solidarité fonctionnelle qui unit les divers muscles affectés à une même fonction. L'accroissement considérable de l'acuité auditive, qui accompagne l'entrée en fonction des muscles auriculaires rend plus que vraisemblable cette contraction concomitante et simultanée des muscles de la caisse, d'autant plus que tous ces muscles sont animés par le même nerf facial.

III

Après ces préliminaires, un peu longs peut-être, mais très utiles, je crois, à la conception de la gymnastique auriculaire, je pourrais être bref sur la technique de ce moyen de traitement, dont j'ai voulu surtout indiquer les principes directeurs.

L'objet qu'on se propose est d'obtenir des muscles de l'oreille le concours qu'ils sont capables d'apporter à l'ouïe, et, pour cela, de développer leur contractilité, de la renforcer si elle est amoindrie, de la stimuler si elle est défaillante. Entre les moyens thérapeutiques qui peuvent conduire à ce résultat (massage, électrisation, etc.), la gymnastique auriculaire occupe une place que je crois de premier ordre (1). Voici, d'après l'expérience que j'en ai acquise sur moi-même depuis tantôt un an; comment je conseille de la pratiquer.

Chaque séance, qui doit être quotidienne, comporte une série d'exercices que l'on exécute dans un ordre déterminé et entre lesquels on ménage des intervalles de repos; ces exercices mettent en jeu des mouvements volontaires et des mouvements réflexes:

Mouvements volontaires. — 1° Faire quelques mouvements de la calotte épicranienne d'arrière en avant, suivis d'un relâchement qui ramène la calotte dans sa situation antérieure, puis inversement d'avant en arrière;

2° Ensuite s'appliquer à associer aux mouvements précédents des mouvements du pavillon, qui se trouve entraîné par la propulsion de l'épicrâne en même temps que par ses propres muscles, et qui se projette facilement en haut et en arrière, moins aisément en avant, en même temps qu'il se produit un agrandissement de l'entrée du canal auditif dans le sens vertical;

3° S'efforcer de faire partir le mouvement, non plus de l'épicrâne, mais du pavillon lui-même et de diriger successivement ce mouvement en haut, en arrière, en avant;

4° Enfin exécuter, à plusieurs reprises, une série de déplacements en arrière, en haut, en avant, qui doivent se succéder sans intervalles, de façon à faire produire au pavillon une sorte de mouvement de circumduction autour de l'entrée du conduit auditif.

Dans ces différents exercices, une attention soutenue permet au patient d'éprouver assez nettement la sensation du mouvement qu'il exécute, d'apprécier ainsi les déplacements du pavillon qui arrivent à être de plus en plus étendus, déplacements qui se propagent au conduit auditif et dont on a la sensation jusqu'au fond de ce conduit.

Il faut, durant toute la séance d'exercices, procéder lentement, par séries de quatre ou cinq mouvements semblables, suivies de repos, afin d'éviter la fatigue, et sans efforts violents qui exposeraient au surmenage et pourraient amener des vertiges. Je crois très recommandable de se livrer à ces exercices le matin au réveil, avant le lever, dans le calme et le silence. Chaque séance demande au moins de dix à quinze minutes.

Mouvements réflexes. — Pour favoriser les mouvements réflexes, il convient de s'appliquer à entendre un bruit, tel que celui d'une montre ou d'une pendule, en tenant l'oreille qu'on exer-

(1) Ainsi que je l'ai entendu dire à Duchesne de Boulogne la volonté est le meilleur excitant de la contraction musculaire; et, d'ailleurs, pour les muscles de l'oreille, les autres excitants seraient très difficilement applicables.

ce d'abord à la distance où la perception est nette, puis en l'éloignant très peu et de plus en plus, lentement : en écoutant bien, on arrive, par une attention soutenue, à entendre le bruit qu'on ne percevait pas dès l'abord, soit que l'attention exalte la sensibilité et la rende plus subtile, soit que les excitations produites par une succession de bruits s'additionnent en quelque sorte et que la somme de ces excitations arrive à susciter la sensation qu'une seule excitation eût été incapable de produire, soit enfin que l'accommodation réalisée par les muscles de l'oreille parvienne à augmenter la puissance auditive. Quoi qu'il en soit de ces explications, on remarque que, durant cette épreuve, la perception du bruit (au delà de la distance favorable) ne survient que par intervalles ; mais ce qui importe et ce qui est très satisfaisant, c'est que l'on constate que cette perception va se perfectionnant et qu'on arrive ainsi à entendre de plus en plus distinctement et à une distance de plus en plus grande ; là est le bénéfice de l'éducation de l'organe sensoriel.

Il faut encore, afin d'entretenir l'activité de l'oreille la plus défectueuse, se servir d'elle le plus possible dans la vie courante, toutes les fois qu'elle est suffisante pour le service qu'on a à lui demander, et ne pas se laisser aller, comme on y aurait une tendance instinctive, à écouter toujours de la meilleure oreille, au détriment de l'autre qui resterait inutilisée et inactive.

J'ai peine à croire, je l'avoue, que les progrès de l'audition qu'on obtient de ces différents exercices soient dus uniquement à l'intervention plus efficace de l'appareil musculaire de l'oreille ; je ne doute pas que la sensibilité et la nutrition de toutes les parties constituantes de l'oreille se perfectionnent concurremment, en raison du surcroît de vitalité que provoque l'exercice et de la solidarité qui unit tous les organes d'une même fonction. C'est une règle générale que l'organe qui fonctionne peu s'amoindrit et s'atrophie, tandis que l'organe qui travaille activement se perfectionne et développe toutes ses aptitudes.

Il n'est pas jusqu'à la trompe d'Eustache qui ne participe aux bienfaits de l'exercice méthodique des muscles de l'oreille. *A priori*, il n'est pas impossible que le muscle dilatateur de la trompe (péristaphylin externe), qui est lui aussi animé par le nerf facial, participe aux mouvements volontaires ou réflexes qui se passent dans l'oreille externe et dans la caisse ; on peut donc penser que, dans les exercices de la gymnastique auriculaire, il participe à l'activité que déploient les muscles de l'oreille. En fait, ce que l'observation m'a permis de constater sur moi-même, c'est que la trompe d'Eustache correspondante à l'oreille demi-sourde, qui depuis longtemps était peu perméable et réclamait d'assez fréquentes insufflations avec la poire de Politzer, que cette trompe, dis-je, est redevenue perméable au cours de la rééducation de l'oreille, de sorte que, surtout à la fin de chaque séance d'exercices, des mouvements respiratoires amples avec expiration un peu brusque donnaient désormais la sensation très nette d'une ventilation active de la caisse et aussi, pendant l'expiration, d'une pression sur le tympan semblable à celle que produit l'insufflation artificielle. Il me paraît que cette ventilation, qu'il est loisible de renouveler à volonté et qui peut-être demeure permanente, doit avoir pour l'ouïe des effets autrement efficaces que ceux que peut donner de loin en loin la douche d'air. Or, on sait les dommages que cause dans l'audition l'obstruction de la trompe et, d'autre part, les avantages d'une perméabilité suffisante pour que l'air de la caisse soit en équilibre avec la pression atmosphérique extérieure. Je ne doute pas qu'on trouve là encore un nouveau bénéfice de la rééducation musculaire de l'oreille et de ses annexes.

En terminant, je m'excuserais de m'être aventuré dans un domaine où je ne suis entré qu'en profane, si une expérience personnelle et une observation poursuivie depuis de longs mois ne m'avaient convaincu que la gymnastique auriculaire peut être un moyen thérapeutique précieux pour le traitement d'une infirmité aussi pénible qu'elle est fréquente, et si, sauf illusion que je crois avoir évitée, je n'avais éprouvé de ce mode de traitement un bienfait que je serais heureux de voir s'étendre à beaucoup d'autres.

Traitement des diarrhées coloniales chroniques par le surchauffage lumineux électrique de l'abdomen, par M. le Dr Miramond de Laroquette, médecin-major de l'armée.

Il s'agit d'une nouvelle application de l'action excitatrice qu'exercent sur les tissus et leurs activités fonctionnelles les radiations pénétrantes de chaleur lumineuse.

Dans les diarrhées coloniales anciennes, il y a généralement comme résultat de l'infection chronique atrophie et hypofonctionnement aux points de vue sécrétion et absorption de l'intestin et des glandes annexes, foie et pancréas.

L'irradiation intensive locale paraît avoir surtout pour effet d'activer le fonctionnement insuffisant de ces organes et secondairement de permettre une digestion et une absorption meilleures des aliments.

Au Val-de-Grâce, le Pr Simonin a obtenu par des séances quotidiennes de chauffage lumineux électrique le rétablissement d'un colonial cachectisé, pesant 40 kilogs et atteint depuis 2 ans de diarrhée de Cochinchine. En 3 mois, le poids remonta à 70 kilogs ; les selles, précédemment fréquentes, décolorées, non digérées et dont la masse totale atteignait 14 à 1.500 grammes par jour, redevinrent normales en nombre, en poids total, 350 à 400 grammes, et en coloration. Bien que l'alimentation ait été très augmentée, le foie rétracté reprit son volume habituel, l'excrétion urinaire dont le taux était insuffisant en qualité et en quantité retrouva ses proportions physiologiques.

Ce fait très caractéristique doit engager à un essai plus étendu des moyens physiothérapiques dans le traitement des diverses affections coloniales chroniques. (*Association Française pour l'avancement des Sciences.* — Congrès de Dijon 1911.)

La technique de Dopter pour les injections de sérum antiméningococcique.

Les injections doivent être pratiquées dans la cavité arachnoïdienne pour que le sérum arrive en contact direct avec les lésions méningées.

On commence par faire une ponction lombaire, en soustrayant autant de liquide céphalo-rachidien qu'on veut injecter de sérum. L'auteur estime même qu'il vaut mieux retirer plus de liquide qu'on injectera de sérum. Un triple avantage en résulte :

1° On enlève ainsi de la cavité rachidienne plus de substances toxiques;

2° La décompression est plus appréciable;

3° Le sérum introduit est moins dilué.

Aussitôt après la ponction, sans retirer l'aiguille, on pratique l'injection, le malade restant dans le décubitus latéral, avec une seringue de Roux, préalablement remplie de sérum tiédi à 38°. On adapte l'embout de la seringue à l'extrémité extérieure de l'aiguille, restée en place, et l'on pousse l'injection lentement, progressivement, sans à-coup.

L'opération terminée, on retire brusquement l'aiguille, on lave antiseptiquement et l'on place sur la plaie du coton imbibé de collodion.

Immédiatement après, il faut placer le malade dans une position favorable à la diffusion du sérum vers les centres nerveux supérieurs. Dans ce but, on surélève notablement le bassin au-dessus de la tête : enlever traversin et oreiller et placer sous le bassin un ou plusieurs coussins. On laisse le malade dans cette situation pendant cinq à six heures : s'il a du délire ou présente de l'agitation ne lui permettant pas de la conserver, une injection de morphine assurera le calme nécessaire.

REVUE D'OPHTALMOLOGIE

L'inspection sanitaire des immigrants aux États-Unis d'Amérique au point de vue du trachome, par le Dr Marcel Danis, Assistant de la clinique ophtalmologique de l'hôpital St-Jean.

Si nous examinons quelques statistiques concernant la fréquence du trachome aux Etats-Unis d'Amérique, nous sommes étonnés de constater la rareté relative de cette maladie dans ce pays.

Une des dernières statistiques de Knapp montre que, sur 12.419 affections oculaires soignées en un an, il n'existait que 674 cas de trachome, soit une proportion de 5.41 0/0.

Le dernier rapport du *New-York ophtalmic hospital* donne 528 trachomateux pour 16.605 maladies oculaires, soit 3.18 0/0.

Au *New-York eye and ear infirmary*, en 1910, sur 27.569 affections oculaires, on a soigné 1.127 cas de trachome, soit 4.09 0/0.

Dans son rapport de 1896 (géographie du trachome), à la Société française d'ophtalmologie, Chibret signale la même rareté du trachome aux Etats-Unis.

Ces statistiques sont plutôt trop élevées, car aux Etats-Unis, on considère comme trachome certaines conjonctivites avec hypertrophie folliculaire.

Il est certain que les conditions de race sont un des grands facteurs de la rareté de la maladie; mais il est non moins vrai que les soins méticuleux que prend le gouvernement pour empêcher l'entrée de tout trachomateux non aborigène, sont les meilleures barrières pour éviter la propagation de la maladie. En effet, l'étranger n'entre pas facilement aux Etats-Unis et nombreux sont ceux qui se sont vu refuser l'entrée définitivement.

La plupart des immigrants qui vont se fixer en Amérique y arrivent comme passagers de troisième classe à bord des transatlantiques et c'est surtout sur eux que l'inspection porte. Comment se fait cette inspection et quelles formalités médicales doivent subir tous ces passagers ?

Comme médecin de bord d'un des transatlantiques de la « Red Star Line », j'ai pu assister de près à ces formalités et me rendre compte de la manière sérieuse et minutieuse avec laquelle elles sont accomplies.

Nous suivrons donc le passager de troisième classe, en général un juif russe, un Polonais, un Russe, un Magyar, depuis son arrivée à Anvers, jusqu'à son débarquement définitif en Amérique.

A leur arrivée à Anvers, les émigrants séjournent pendant quatre à cinq jours en général dans certains hôtels placés sous le contrôle de la compagnie de navigation et sous la surveillance de la commission d'émigration. Dès qu'une maladie quelconque se déclare dans un de ces hôtels, le propriétaire est tenu d'en informer immédiatement le médecin en chef de la compagnie, qui visite aussitôt le malade et décide de son embarquement prochain.

Trois ou quatre heures avant l'heure fixée pour le départ du bateau, l'inspection générale

de tous les passagers est faite par le médecin de la compagnie, un adjoint et le médecin du bord, en présence de la commission gouvernementale d'émigration. Cette inspection porte principalement sur l'état des yeux, sur l'état du cuir chevelu et sur l'état général. Toutes les personnes jugées « undesirable » après ce premier examen, sont réexaminées par les trois mêmes médecins auxquels s'adjoint le médecin de la commission d'émigration. Les passagers auxquels on a refusé l'embarquement, parce que atteints de trachome ou d'affection du cuir chevelu, sont envoyés, par les soins de la Compagnie de navigation, à un médecin spécialiste de la ville, qui donne son avis ; ils sont ensuite réexaminés par le médecin de la compagnie; celui-ci décide en dernier lieu si le malade doit suivre un traitement ou retourner dans son pays d'origine. Un triage sérieux existe donc déjà avant l'embarquement : sur 678 passagers qui se présentèrent à cette visite, lors de mon voyage, 25, dont la majeure partie étaient des granuleux, furent refusés.

Le lendemain du départ d'Anvers, tout ce monde est vacciné ; formalité indispensable, car sans vaccination faite par le médecin de bord, l'entrée en Amérique est refusée aux passagers de troisième classe. Durant la traversée, deux fois par jour, matin et soir, le médecin de bord doit voir les passagers ; de plus, il fait encore une inspection quotidienne du navire, en compagnie du capitaine, pour voir si toutes les conditions hygiéniques sont remplies. Le moindre cas de maladie est transféré et isolé dans une des chambres des hôpitaux du bord.

Vingt-quatre heures avant l'arrivée à New-York, une visite médicale minutieuse est ordonnée par la loi américaine; celle-ci exige, en effet, qu'on signale à l'arrivée, sur des feuilles d'identité, les vices de conformation, les cicatrices et surtout les lésions oculaires; chaque oubli est passible d'une amende de dix dollars. Cependant toute affection considérée comme rebutante et parmi elles le trachome, si elle n'est pas signalée, vaut à la compagnie de navigation une amende de cent dollars et le rapatriement (1).

Ces feuilles d'identité portent, en outre, un grand nombre d'autres indications concernant la fortune, la profession, la religion, la nationalité, etc. A ces feuilles d'identité est joint un certificat du médecin du bord donnant le nom des passagers qui ont été malades pendant la traversée, le diagnostic de la maladie et l'état au moment de l'arrivée.

A l'arrivée à la quarantaine, le médecin de la quarantaine passe en revue tous les passagers qui défilent devant lui; il les fait compter par un employé qui l'accompagne et fait recompter si le nombre ne correspond pas à celui qui lui a été donné par les feuilles d'identité ; ce n'est qu'après avoir constaté lui-même qu'il n'existe aucune maladie contagieuse à bord (et pour cela il ne craint pas d'examiner en détail les passagers suspects) qu'il donne le certificat de libre entrée du port. Les passagers atteints de maladie contagieuse sont descendus à la quarantaine.

A l'arrivée à New-York, aucun des passagers de troisième classe ne peut débarquer; ils sont transférés sur un « ferry boat » qui les conduit à Ellis Island, petite île qui se trouve dans la baie de New-York. Cette île est divisée en deux parties : d'un côté les bâtiments de l'immigration, de l'autre côté les hôpitaux. Les passagers débarquent et sont introduits dans les bâtiments de l'immigration où ils sont divisés par séries et drainés au moyen de barrières vers les médecins.

Chaque immigrant subit l'examen de trois praticiens : le premier fait l'examen général; les personnes atteintes d'un vice de conformation et celles qui, à première vue, ne paraissent pas réunir toutes les qualités requises par la loi, ainsi que celles renseignées par le médecin de bord sur les feuilles d'identité, sont conduites vers une autre salle. Un second médecin examine le cuir chevelu (le favus est inexorablement exclu). Enfin un troisième médecin retourne les paupières ; la moindre trace de trachome, voire de conjonctivite folliculaire, la plus petite cicatrice de trachome ancien, est ajournée. Ces ajournés, qui ont été placés dans une autre salle, y sont soumis encore à une nouvelle visite faite par d'autres médecins. Suivant le signe à la craie qu'on a tracé sur leurs vêtements (T tuberculose, M maladie mentale, H cheveux, E yeux), ils sont auscultés, percutés, interrogés, etc. Les cas non douteux et incurables sont renvoyés la veille du départ du bateau qui les a amenés et la compagnie de navigation est donc obligé de les rapatrier à ses frais; si cependant il est évident que la maladie aurait pu être signalée avant le débarquement, la compagnie se voit infliger une amende de cent dollars. Toutefois, si le diagnostic de trachome n'est établi formellement qu'après 48 heures, l'amende ne peut plus être infligée. Il n'est pas rare de voir les médecins des hôpitaux de Ellis Island mettre quinze jours et même trois semaines à diagnostiquer avec certitude un trachome.

Les cas douteux et ceux susceptibles de guérison sont transférés de l'autre côté de l'île à l'hôpital, où ils séjournent aux frais de la compagnie de navigation. S'ils peuvent guérir par un traitement approprié, ils seront libérés à leur guérison, si toutefois les formalités administratives ont été complètement remplies; si, au contraire, il s'agit de cas chroniques, c'est encore le retour en Europe. Une chose bizarre est à signaler : une femme de plus de cinquante ans est considérée comme sénile; si elle est seule ou non attendue, l'entrée en Amérique lui est interdite; il en est de même des femmes enceintes, non accompagnées de leur mari ou non attendues par celui-ci aux Etats-Unis.

Les examens auxquels sont soumis les passagers de seconde classe sont beaucoup moins sévères; à moins de maladie rebutante signalée par le médecin de bord, ils ne subissent que l'examen des yeux, avant leur débarquement à New-York; inutile de dire que cet examen est aussi sévère que celui auquel sont soumis les passagers de troisième classe.

En première classe, on s'en rapporte le plus souvent aux dires du médecin de bord. Si celui-ci signale, parmi les passagers de première (et la loi américaine l'y oblige), la présence d'une affection rebutante, la personne désignée est soumise à l'examen du médecin d'immigration et si le cas est reconnu « undesirable », le passager n'a plus sa liberté; parfois il est placé à bord, sous la surveillance d'un employé de l'immigration et sous la responsabilité de la compagnie de navigation; le plus souvent il est transféré à Ellis Island et rembarqué la veille du départ comme un passager de troisième classe.

Dès que les passagers exclus ont été remis à bord, la compagnie est responsable de leur évasion, elle encourt de ce chef une amende de 500 dollars.

Un médecin de l'immigration m'a raconté le fait suivant : Un docteur en médecine anglais, atteint de trachome, arrive à New-York pour y poursuivre ses études; mais comme il avait déclaré lui-même l'affection dont il était atteint, il ne put débarquer et dut reprendre le même bateau avec lequel il était arrivé.

Notons enfin que la compagnie de navigation doit rapatrier à ses frais toute personne qui, pour cause de maladie tombe à charge de la bienfaisance publique pendant l'année du débarquement. Toute personne qui présente des troubles mentaux pendant les trois ans qui suivent son débarquement aux Etats-Unis, sera également exclue et la compagnie de navigation ne sera déchargée de sa responsabilité que lorsque la feuille de route du malade, signée au préalable par un membre de sa famille, sera parvenue à Washington.

Ces mesures peuvent paraître excessives; elles sont cependant excellentes pour le peuple américain, qui a pu de la sorte éviter, en partie du moins, la propagation de certaines maladies contagieuses et faire une sélection parmi les nombreux étrangers qui désirent s'établir dans leur pays.

(1) *Loi du 3 mars 1903*. Elle impose une amende de 100 dollars au propriétaire, capitaine, agent d'un navire amenant aux Etats-Unis une personne atteinte d'une maladie repoussante ou dangereuse, s'il est démontré que la maladie existait avant le départ et qu'à ce moment un examen médical aurait pu la déceler. Aucun cas de cette espece ne peut débarquer aux États Unis, fut-ce même pour être soigné dans un hôpital.

Loi du 20 février 1907. Le débarquement aux États-Unis est interdit aux aliénés, idiots, estropiés, aux personnes atteintes de maladies rebutantes ou contagieuses, aux personnes qui sont à charge ou qui pourraient tomber à charge de la bienfaisance publique.

CARNET DU PRATICIEN

Traitement de l'insolation

Placer le malade dans un endroit frais, une vessie de glace sur la tête. Au besoin, arroser tout le corps d'eau glacée et donner des lavements glacés, si la température est élevée. Une saignée large et copiense (400 grammes) combattra la congestion encéphalique ; des purgatifs drastiques seront ordonnés :

Calomel	0 gr. 10
Scammonée	0 gr. 30

P. 1 paq. F. paq. n° 2. — A prendre à un quart d'heure d'intervalle.

L'énergie cardiaque sera stimulée par des injections sous-cutanées de caféine, de strychnine, d'éther campbré :

Caféine	2 gr. 50
Benzoate de soude	3 grammes
Eau distillée Q. S, pour	10 c.c.

Sulfate de strychnine	0 gr. 010
Eau distillée	10 grammes

Camphre	2 gr. 50
Ether	10 grammes

Si l'insolation est compliquée d'impaludisme, injections sous-cutanées de quinine :

Bichlorhydrate de quinine	5 grammes
Eau distillée	10 —

Pour ranimer la respiration, tractions rythmées de la langue (en saisissant l'organe à sa partie moyenne et non à la pointe), respiration artificielle et, au besoin, injections de strychnine et d'atropine.

Sulfate d'atropine	0 gr. 003
Sulfate de strychnine	0 gr. 010
Eau distillée	10 c.c.

L'application continue de la glace sur la tête (24 heures) semble diminuer la dyspnée.

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 17.500 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 35, rue J.-J. Rousseau

Le Gérant : Docteur Lucien Graux.

ÆSCULAPE

Sommaire du Numéro d'Août 1911

La Pathologie des Aztèques d'après leurs ex-voto (17 illustrations), par le Dr BERILLON, professeur à l'Ecole de Psychologie. — La pathologie mexicaine avant Christophe Colomb révélée par des statuettes (coliques hépatiques, névralgies, appendicite, idiotie, folie, syphilis, etc.). L'aliéné ligotté, son lézard.

Le Jardin des Serpents (5 illustrations), par le professeur POZZI. — Le Dr Vital Brazil, de São Paulo et ses serpents. La lutte dramatique du Mussurana et du Jararaca ; le Jararaca englouti. Le sérum polyvalent.

Les Aïssaouahs (6 illustrations), par le Dr G. ESCAUSSE (Papus). — La prière, la danse sur la lame du sabre, l'épée dans l'abdomen, le clou enfoncé dans la boîte cranienne, l'œil extrait de l'orbite.

Une Visite au Dr P.-E. Colin, graveur (11 illustrations) par le Dr RABIER. — Étude complète de l'œuvre de Colin, notre très grand graveur sur bois. Ses débuts, l'évolution de son art ; la simplicité puissante d'un primitif ; l'épopée de la Terre.

Le Musée du Dr Lannelongue à Castéra-Verduzan (3 illustrations). — Un musée type dû à une initiative médicale. Les chefs-d'œuvre de tous les âges, de toutes les écoles,

Quelques risques de la Profession médicale (5 illustrations), par le Dr A. MARIE, médecin-chef de l'Asile de Villejuif. — Le martyrologe médical jusqu'à Guinard. Victimes illustres. Trois panoplies d'instruments de crime. Impressions d'un rescapé.

Cannibalisme (7 illustrations). — D'après un témoin oculaire, compagnon de Stanley. Le séjour préalable dans l'eau ; la *chose* ; les diverses modes ; le moral de la victime prédestinée.

Supplément

L'Asperge (Sonnet de MONSELET). — *Morale bernoise. — Napoléon et le suicide. — Le cœur et l'urne funéraire. — Derniers jours de Verlaine. — Lait végétal. — Voies célestes — Les enfermés. — Mouvement antijennérien en Angleterre. — Teintures pour cheveux. — Diagnostic étiologique de la Tour penchée. L'âme d'une petite fille. — Un livre du Sieur de la Framboisière. — La Mort et la Vie. — Imprudences — Les lions aiment-ils la chair humaine ? — Névroses à décharge. — Napoléon devant la nourriture. — Rostand et le Cantique de l'Aile. — La Syphilis aux temps préhistoriques.*

ÉCHOS

IIIe Congrès de la Société internationale de Chirurgie

Ce Congrès aura lieu à Bruxelles du 26 au 30 septembre 1911, sous le haut patronage de Sa Majesté le roi Albert, président d'honneur, M. Berryer, ministre de l'Intérieur; vice-présidents d'honneur, MM. Béco, gouverneur de la province de Brabant, et Max, bourgmestre de la ville de Bruxelles.

Secrétariat : avenue Louise, 75, Bruxelles.

Programme du Congrès : *Lundi 25 septembre.* — A 2 h. 1/2, réunion du Comité international.

A huit heures du soir, réception des membres du Congrès, chez M. le Dr Lorthior, président de la Société belge de chirurgie.

Mardi 24 septembre. — A neuf heures et demie, ouverture solennelle du Congrès. Ouverture de l'exposition de fractures et de l'exposition d'appareils et d'instruments de chirurgie.

De dix heures et demie à midi, discussion du rapport de M. Michel : Diagnostic de la pancréatite.

De deux heures à cinq heures, discussion des rapports de MM. Korte et Giordano : Traitement de la pancréatite.

A neuf heures du soir, réception offerte aux membres du Congrès par M. le professeur Lucas-Championnière, président de la Société internationale de chirurgie.

Mercredi 27 septembre. — De neuf heures à midi, discussion des rapports de MM. Garré : Pneumothorax: voies et modes d'accès; emphysème; Gaudier, Pleurésie purulente aigue; Girard : Fistules pleurales.

De deux heures à six heures, discussion des rapports de MM. Lenormand : Plaies pleuro-pulmonaires; Fergusson : Tumeurs et parasites pleuro-pulmonaires.

Jeudi 28 septembre. — De neuf heures à midi, démonstration relative au traitement des fractures dans les locaux de l'exposition.

De deux à trois heures, assemblée générale.

De trois à cinq heures, discussion des rapports de MM. Van Stockum: Abcès et gangrène pulmonaire; Sauerbruch : Bronchiectasie.

A sept heures et demie du soir, banquet par souscription.

Vendredi 29 septembre. — De huit heures à 10 heures, discussion du rapport de M. Friedrich : Traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire.

De dix heures à midi discussion du rapport de M. Sonnenburg : Colite aigue.

De trois heures à six heures, discussion des rapports de MM. Segond, Gibson, d'Arcy Power : Colite chronique.

A huit heures du soir, représentation de gala au théâtre royal de la Monnaie.

Association des médecins de langue française.

Liste des membres souscripteurs au projet de fondation de l'Association des médecins de langue française : MM. Aboulker, à Alger; Achard, à Paris; Arbaud, à Port-Saïd (Egypte); Ardin-Delteil, à Alger; F. Arloing, à Lyon; S. Arloing, à Lyon; Arnozan, à Bordeaux; Audry, à Lyon.

Balzer, à Paris; Bard, à Genève; Barjon, à Lyon; Bauer, à Neuchâtel (Suisse); Baumel, à Montpellier; Baylac, à Toulouse; Beco, à Liége; Bérard, à Lyon; Bergonié, à Bordeaux; Bernard, à Paris; Bernheim, à Nancy; Berthier, à Belfort; Bezançon, à Paris; Blum, à Strasbourg; Bonnet, à Lyon; Bosc, à Montpellier; Bouchard, à Paris; Boulloche, à Paris; Bet, à Lyon; Brossard Bey, au Caire; Broussolle, à Dijon; Burnand, à Leysin.

Cade, à Lyon; Calmette, à Lille; Carrière, à Lille; Castaigne, à Paris; Chanoz, à Lyon; Chapotot, à Lyon; Chatin, à Lyon; Chauffard, à Paris; Chauvet, à Royat; Chavanis, à Saint-Etienne; Claude, à Paris; Cluzet, à Lyon; Collomb, à Paris; Comanos Pacha, au Caire; Combemale, à Lille; Cordes, à Genève; Cordier, à Lyon; J. Courmont, à Lyon; P. Courmont, à Lyon; Courtellemont, à Amiens; Crespin, à Alger; Crouzon, à Paris; Cruchet, à Bordeaux.

Debove, à Paris; Deroye, à Dijon; Dieulafoy, à Paris; Doumer, à Lille; Drouineau, à Constantine; Dufou, à Vichy; Dumarest, à Hauteville; Dumollard, à Alger; Duquaire, à Lyon.

Enriquez, à Paris; Esmonet, à Paris; D'Espine, à Genève; Etienne, à Nancy.

Faber, à Copenhague; Favre, à Lyon; Ferré, à Bordeaux; Fiessinger, à Paris; Fleury, à Paris; R. Flocken, à Strasbourg; L. Flocken, à Strasbourg; Françon, à Aix-les-Bains; Francotte, à Liége; Frenkel, à Toulouse.

Gallavardin, à Lyon; Gaillard, à Paris; Garel, à Lyon; Gauthier, à Lyon; Gellé, à Lille; Géraud, à Clermont-Ferrand; Gilbert, à Paris; Gilbert-Ballet, à Paris; Gilbert-Laurent, à Roanne; Gimbert, à Cannes; Gougerot, à Paris; Granjux, à Paris; Grasset, à Montpellier; Guiart, à Lyon; Guillain, à Paris.

Hallion, à Paris; Haushalter, à Nancy; Henrijean, à Liége; Henrot, à Reims; Hervieux, à Laval (Canada); His, à Berlin; Hiteff, à Sofia (Bulgarie); Holmgrem, à Stockholm; Hugounenq, à Lyon; Hutinel, à Paris.

Jacquerod, à Leysin (Suisse); Jacquinet, à Reims; Jacquet, à Bâle.

Laache Soren Bloch, à Christiania (Norvège); M. Labbé, à Paris; Laget, à Marseille; Laignel-Lavastine, à Paris; Landouzy, à Paris; Lannois, à Lyon; Le Gendre, à Paris; Legrand, à Alexandrie (Egypte); Lemoine, à Lille; J. Lépine, à Lyon; R. Lépine, à Lyon; Lereboullet, à Paris; Léri, à Paris; Lesieur, à Lyon; Leuret, à Bordeaux; Linossier, à Lyon; Livon, à Marseille; Lœper, à Paris; Longin, à Dijon; Looten, à Lille; Lucatello, à Padoue (Italie); Lyonnet, à Lyon.

Mallet, à Genève; Maragliano, à Gênes; Marfan, à Paris; Mariani, à Gênes; Marie, à Paris; Marotte, à Tours; Martin, à Paris; Mathieu, à Paris; Maurel, à Toulouse; Mayet, à Toulon; Mayor, à Genève; Meyer, à Laon; Milian, à Paris; Minet, à Lille; Mirallié, à Nantes; Mollard, à Lyon; Mongour, à Bordeaux; Montagnon, à Saint-Etienne; Morel, à Lyon; Morin, à Leysin (Suisse); Mosny, à Paris; Mossé, à Toulouse; Mouisset, à Lyon; Moussous, à Bordeaux; Moure, à Bordeaux; Mouriquand, à Lyon.

Netter, à Paris; Niclot, à Bordeaux; Nicolas, à Lyon; Nobécourt, à Paris.

Ollive, à Nantes.

Pallasse, à Lyon; Pamard, à Avignon; Parisot, à Nancy; Patella, à Sienne; (Italie); Paviot, à Lyon; Perrin, à Nancy; Persillier-Lachapelle, à Laval (Canada); Petges, à Bordeaux; Petren, à Lund (Suède); Pic, à Lyon; Pigache, à Marseille; Pitres, à Bordeaux Polin, à Lyon; Porge, à Saint-Nectaire; Porte, à Grenoble.

Rappin, à Nantes; Rathery, à Paris; Rauzier, à Montpellier; Renaut, à Lyon; Rénon, à Paris; Revilliod, à Genève; Roch, à Genève; Rodet, à Montpellier; Roger, à Paris; Romieu, à Albertville; Roque, à Lyon; Rouget, au Val-de-Grâce; Roussy, à Paris; Roux, à l'Institut Pasteur.

Saint-Ange, à Toulouse; Salomonsen, à Copenhague; Savy, à Lyon; Schmidt, à Nancy; Sersiron, à La Bourboule; Sicard, à Paris; Solmon, à Cambrai; Soulié, à Alger; P. Spillmann, à Nancy; H. Spillmann, à Nancy; Surmont, à Lille.

Taillens, à Lausanne; Tecon, à Leysin (Suisse); J. Teissier, à Lyon; P. Teissier, à Paris; Thévenot, à Lyon; Thibierge, à Paris; Tolot, à Lyon; Triboulet, à Paris; E. Troisier, à Paris; J. Troisier, à Paris.

Vaillard, à Paris; Vallette, à Genève; Van Bogaert, à Anvers; Vaquez, à Paris; Vauthey, à Vichy; Vedel, à Montpellier; Verhoogen, à Bruxelles; Vidal, à Vichy; Villaret, à Paris.

Weill, à Lyon; Widal, à Paris.

Ce que doit être le coton hydrophile.

Tous ceux qui achètent des cotons hydrophiles exigent, en général, que cette matière ait un toucher craquant, produisant, sous la pression de la main, une sorte de crissement analogue à celui de la soie.

Un fabricant habile lança, il y a quelques années, le coton craquant et réussit à persuader à la clientèle que c'était là un signe de qualité supérieure et une garantie de pureté et de bonne fabrication. Or, nous apprend le Dr Th. Moreul, ce résultat est tout simplement obtenu en traitant le coton par une solution d'acide sulfurique qui durcit la fibre et la rudit assez pour lui communiquer cette précieuse qualité du craquant, sans laquelle aujourd'hui — pour plusieurs — le coton hydrophile est réputé sans valeur.

A la vérité, en dehors du durcissement, cette préparation ne donne à la fibre aucune propriété utile, aucune propriété spéciale. Elle peut, au contraire, présenter de sérieux inconvénients si, comme dans les approvisionnements de la Guerre, de la Marine, de l'Assistance publique, etc., le coton doit être conservé un certain temps avant son emploi.

Tous les chimistes connaissent l'action des acides sur la cellulose : «... Sous l'influence des acides minéraux, tantôt étendus, tantôt concentrés, dans des « conditions de température et de temps, dit Aimé « Girard, la cellulose avant de se saccharifier complètement, se transforme, par hydratation, en un « composé nouveau $C^{12}H^{22}O^{11}$, appelé *hydrocellulose*, « dont la propriété caractéristique est une *friabilité* « absolue. »

Cette transformation peut être résolue de trois façons :

1° Par immersion de la cellulose dans des solutions concentrées d'acide sulfurique à 45° Baumé de D. = 1.435 à la T, de 15°;

2° Par action sur la cellulose des acides gazeux et hydratés, principalement par HCl;

3° Par l'action des acides étendus sur la cellulose.

Les deux premiers procédés ont une action très rapide, le troisième exige l'intervention d'une température assez élevée, si l'on recherche une action également rapide; mais si le coton séché à l'air libre est abandonné à la température ambiante, il faut deux ou trois mois pour le retrouver friable.

Or, que fait-on pour donner au coton le toucher craquant? On applique exactement le troisième procédé indiqué par Aimé Girard, pour obtenir la cellulose friable, en passant sur le coton un bain d'acide sulfurique dilué.

Tout le monde sait combien il est difficile de débarrasser les fibres textiles des dernières traces de l'acide sulurique qui a été employé à leur traitement. Or, dans le cas du coton hydrophile, on se garde bien de multiplier les rinçages après le passage en acide, afin de conserver intacte la rudesse communiquée à la fibre. En sorte qu'il reste souvent dans la matière fibreuse 1/1000 ou plus d'acide réel, qui suffit à la longue, pour transformer la cellulose en hydrocellulose, c'est-à-dire à la rendre absolument friable.

Il n'est pas rare, en effet, en ouvrant de vieux paquets de coton hydrophile craquant, de voir celui-ci se réduire en poudre.

Il est vraiment extraordinaire qu'il ait été possible d'accréditer une erreur pareille et de faire prendre pour une preuve de qualité supérieure, ce qui est plutôt un défaut grave, et, en tout cas, n'ajoute rien à la valeur thérapeutique du coton hydrophile.

La piroplasmose bovine.

M. Bataillon, doyen de la Faculté des sciences de Dijon, vient d'aviser l'Institut Pasteur de la découverte d'une nouvelle maladie du bétail : la piroplasmose bovine.

Plusieurs cas suivis de mort se sont manifestés en Côte-d'Or.

Cette maladie jusqu'ici confondue avec le charbon est causée par la présence de très petits parasites dans l'intérieur des globules du sang. Elle se manifeste par l'émission d'urine rouge foncé, par la fièvre et une soif intense. La mort, très rapide, fait croire à une forme aiguë du charbon.

On s'explique maintenant les insuccès de la vaccination de Pasteur appliquée contre une maladie qui n'était pas le charbon.

Des recherches sont faites par M. Bataillon pour arriver à découvrir un procédé de vaccination efficace.

La poussière des voies ferrées.

Le confort de nos trains est encore rudimentaire. Néanmoins certains efforts ont été faits pour satisfaire à tous les besoins des voyageurs. Parmi ces besoins, il en est de si naturels et si impérieux qu'ils ne se caractérisent par aucune épithète. C'est pour qu'on les puisse satisfaire aujourd'hui que tous les wagons de grande ligne sont pourvus de water-closets.

Avez-vous parfois réfléchi que ces water-closets se résument en un simple tube qui conduit sur la voie les superfluités de la nourriture et de la boisson? Au cours du voyage d'une douzaine d'heures, toutes les personnes occupant un wagon ont l'occasion d'avoir recours à cette installation. Un calcul des plus élémentaires nous démontre que chaque wagon abandonne ainsi 10 kilogrammes environ de... marchandises, ce qui donne 100 kilogrammes par train. Or, sur les grandes lignes, il circule par jour une vingtaine de trains dans l'un et l'autre sens. Voilà donc que c'est par tonne que les matières fécales sont répandues sur les voies des chemins de fer. Rapidement tout cela est desséché et réduit en poudrette, pour être soulevé abondamment à chaque passage de train. Aussi, quand à l'arrivée d'un long voyage, vous vous sentez la figure terreuse, les narines pulvérulentes et les dents crissantes, ne mettez pas uniquement en cause la poussière de charbon et le ballast effrité.

Est-ce qu'en améliorant un peu leur système de water-closets les grandes Compagnies ne pourraient nous épargner une telle disgrâce ?

Publicité.

Sur une affiche imprimée, placée dans la gare de Saint-Quentin, les voyageurs peuvent lire (nous respectons le style) :

« Monsieur X..., chirurgien,

» A l'honneur d'informer le public qu'en sa qualité de propriétaire n'ayant pas de frais d'installation, ce qui lui permet d'établir un tarif en réduction des prix concernant les piéces dentaires défiant toute concurrence.

« Extraction des dents sans douleur : 1 fr. 50.

« Dents cimentées : 1 fr. 50 et 2 francs.

« Pose de dents : 6 et 7 francs.

« Dentier complet : 130 francs, que tout autre font payer 200. — Les personnes qui n'en seraient pas satisfaites seront libres de ne pas en prendre livraison

« Tous les travaux sont garantis sauf la casse. Crédit accordé aux personnes solvables.

« Pour les pièces dentaires aux personnes de la campagne, il leur sera fait une réduction de la moitié de leur voyage.

« Réduction de prix aux militaires sans exception de grades.

« Il en sera de même aux cochers des petites voitures. »

Il faudrait vraiment tenir à ses mauvaises dents pour ne pas s'adresser aux bons soins de ce praticien.

82e Année (Série XIIIe) — N° 113 Le Numéro : 25 Centimes Mercredi 27 Septembre 1911

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
9, Rue Denis-Poisson, PARIS
TÉLÉPHONE : 573-40

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale........ 15 fr.
Edition Espagnole.... 10 fr.
Edition Portugaise.... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

ÉCHOS

Médecin victime du devoir.

Le médecin-major Pouillot vient de soccomber assassiné par les indigènes, à quelques kilometres d'Abécher où il se rendait, dans le but de combattre une épidémie de variole menaçante.

XIIe Congrès français de médecine.

Rappelons que le XIIe Congrès français de médecine se tiendra cette année à Lyon dn 22 au 25 octobre.

Ce Congrès, qui réonit dès à présent un grand nombre d'adhérents, aura une importance tonte spéciale : il sera en effet l'occasion d'une revision des statuts et de la constitution-d'nne *Association des médecins de langue française.*

Les adhésions an Congrès doivent être adressées au secrétaire général : Dr Paul Courmont, 33, rue Sainte-Hélène, on au trésorier-adjoint : M. Rey, 4, rue Gentil, Lyon.

Le programme scientifique dn Congrès comprend les questions suivantes :

Première question : *Du coma diabétique.* Rapporteurs : M. le prof. R. Lépine (Lyon) : *Introduction à l'histoire du coma diabétique.* MM. les Prof. Hugounenq et Morel (Lyon) : *Chimie du coma diabétique*; MM. le Prof. agrégé Marcel Labbé (Paris) et le Dr L. Blum, privat-docent à la Faculté de médecine de Strasbourg : *Histoire clinique et thérapeutique du coma diabétique.*

Deuxième question : *Du rôle des hémolysines en pathologie.* Rapporteurs : MM. le Prof, agrégé Georges Guillain et le Dr Jean Troissier (Paris): *Exposé général du sujet.* M le Prof Nolf (Liège) : *Les hémolysines au point de vue expérimental.* MM. le Prof. Fernand Widal et le Dr Abrami : *Les ictères hémolytiques acquis Rapports de l'hémolyse avec la biligénie extra-hépatique.* M. le Prof. Bar (Paris) : *Communication sur les hémolysines de la femme enceinte.*

Troisième question : *Des diurétiques.* Rapporteurs : MM. les Prof. Henrijean (Liège) et Mayor (Genève) : *La diurèse et les agents diurétiques.* M. le Prof. Pic (Lyon) : *Les médicaments diurétiques.* M. le Prof. Arnozan (Bordeaux) : *Les régimes diurétiques.*

Quatrième question, ajoutée par le Bureau après entente avec le département de la Guerre : *Epidémiologie et prophylaxie de la méningite cérébro-spinale épidémique.* Rapporteur : M. le médecin-principal Rouget, professeur au Val-de-Grâce, délégué de M. le ministre de la Guerre.

En outre, à l'occasion du Congrès, une réunion spéciale se tiendra sous la présidence de M. le prof. Beauvisage pour s'occuper des questions relatives aux enfants anormaux.

Le programme des fêtes et réceptions est provisoirement fixé ainsi :

Dimanche 22 octobre, à 4 heures dn soir : Séance d'inauguration du Congrès à l'Hôtel de Ville de Lyon;

Lundi soir, 23 octobre : Réception des congressistes à l'Hôtel de Ville par la municipalité;

Mardi 24 octobre : Soirée offerte par le président dn Congrès;

Mercredi soir, 25 octobre : Banquet général de clôture.

Le Congrès comprend : 1° *Des membres adhérents,* dont la cotisation est de *vingt francs*; elle donne droit aux rapports imprimés, an volume des comptes rendus, aux réductions de chemin de fer, aux réceptions dn Congrès;

2° *Des membres associés.* — Penvent faire partie dn Congrès comme associés : les membres de la famille des titnlaires, les internes des hôpitaux, les étudiants en médecine et toute personne s'intéressant aux travaux du Congrès. La cotisation de membre associé est de *dix francs*; elle donne droit à tous les avantages du Congrès (chemin de fer, réceptions, etc.), sauf les publications; le volnme des rapports pourra cependant être remis aux membres associés, d'ordre scientifique, qui en feront la demande.

Réunion pour l'étude de l'enfance anormale.

A l'occasion du XIIe Congrès français de médecine, une réunion spéciale, indépendante du Congrès, mais placée sons son haut patronage, aura lien à la Facnlté de médecine, du 22 au 25 octobre prochain, sous la présidence de M. Beauvisage, professeur à la Faculté, sénateur du Rhône, président de l'Œuvre de l'Enfance anormale, en vue de l'étude des questions relatives aux enfants anormaux.

Inscription. — Ponrront prendre part à ses travaux toutes les personnes qui s'intéressent à ces questions : professeurs, médecins, psychologues, instituteurs. Il n'est demandé aucune cotisation, la réunion recevant l'hospitalité du Congrès de médecine.

Seuls auront droit aux réceptions du Congrès français de médecine, les médecins *membres adhérents* à ce Congrès (cotisation : 20 francs) ou les *membres associés* non-médecins (cotisation : 10 francs). Les membres adhérents au Congrès recevront en outre le volume des rapports imprimés et celui des comptes rendus dudit Congrès.

Communications. — Afin de permettre une organisation méthodique de la réunion, les membres qui vondraient s'inscrire pour nne communication sont priés : d'en informer le plus tôt possible le secrétaire général; d'envoyer, avant le 10 *octobre*, un résumé de leur note ou de leurs conclusions.

Publications. — Les communications faites à la réunion seront publiées, suivant les sujets sur lesquels elles porteront, dans des journaux de médecine, de psychologie ou de pédagogie.

Visite de classe d'enfants anormaux. — Le Comité d'organisation ménagera, à l'issue des travaux de la réunion, une visite aux classes de perfectionnement ouvertes par la ville de Lyon, au Laboratoire de psycho-pédagogie de l'Œuvre de l'Enfance anormale et aux établissements médico-pédagogiques de Villeurbanne et de Meyzieu.

Adresser les adhésions et communications au Dr Andemard, secrétaire général, 243, avenue de Saxe, Lyon; les notes relatives au sujet de la presse, an Dr Lucien Mayet, 15, rue Emile-Zola, Lyon.

Cours de cuisine diététique pratique.

Mme A. Moll-Weiss, l'auteur bien connu de *La cuisine rationnelle des malades et des bien-portants*, ouvrage couronné par l'Académie de médecine, se propose de faire, à partir du mois de novembre, un cours de cuisine diététique pratique dans les salles de l'Ecole des mères, 19, quai Malaquais.

Nons profitons de la circonstance pour rappeler aux lecteurs de la *Gazette* que l'Ecole des mères a pour objet principal la préparation des jeunes filles à leurs futures fonctions de maîtresses de maison et de mères de famille; on y trouve, à côté des cours de cuisine, de coupe, de mode et de puériculture, des cours de soins aux malades, d'hygiène etc., et les élèves font l'application pratique des leçons qui leur sont données, au dispensaire, à la consultation de nourrisson, an jardin d'enfants, etc.

Maladies contagieuses. Avis à MM. les Médecins.

Les prélèvements destinés aux examens bactériologiques, en cas de maladies transmissibles, doivent être, en principe, portés directement aux laboratoires qualifiés pour procéder à ces examens.

Lorsque leur transport ne peut être assuré que par la poste, le récipient les contenant ne saurait être accepté sans danger que s'il est renfermé lui-même dans une boîte ou tube métallique soudé, muni d'une étiquette ou enveloppe qui ne puissent être séparée.

Traitement des Pleurésies purulentes aiguës

Par le Docteur H. GAUDIER

Professeur à la Faculté de médecine de Lille (1)

Avant tout traitement, il importe de faire un diagnostic exact de la *forme microbienne*, de la *localisation* et de la *variété clinique* de l'épanchement en présence duquel on croit se trouver.

Le diagnostic de la pleurésie purulente comporte en effet plusieurs étapes successives : la symptomatologie clinique générale, la recherche et la découverte du pus dans la grande cavité pleurale ou dans un cloisonnement sinusien, la nature bactériologique de ce pus, tout cela rendu relativement aisé par l'auscultation, la ponction et les cultures microbiennes, le contrôle radioscopique ou radiographique.

Il ne faut pas croire cependant que l'on aboutira à des formes schématiques, car non seulement les pleurésies se comportent différemment suivant qu'on les considère chez l'enfant ou chez l'adulte, mais aussi suivant la nature microbienne et la localisation de l'épanchement.

Nous ne rappelons pas les procédés d'exploration clinique qui permettent d'arriver au diagnostic d'épanchement pleural et de sa nature probablement purulente. Nous nous contenterons simplement d'insister sur les *secours* que la radioscopie nous apporte dans un diagnostic souvent délicat, pour le *contrôler* dans les cas aisés, ou quelquefois même le *faire* dans les cas difficiles (pleurésies interlobaires).

La collection purulente, comme on le sait, est le plus souvent contenue dans la grande cavité pleurale, libre ou cloisonnée. Plus rarement existent les formes enkystées, qui sont diaphragmatiques, interlobaires ou médiastinales.

L'examen radioscopique permettra d'affirmer la présence de l'épanchement, sa localisation, mais non pas sa nature séreuse ou purulente.

Dans le cas d'épanchement de la grande cavité pleurale, le côté du thorax occupé par le liquide présente une teinte sombre qui contraste avec l'aspect clair du côté sain ; la teinte sombre dessine la limite supérieure de l'épanchement, le sommet de ce côté restant clair ; cette teinte sombre se fonce de plus en plus à mesure que l'on descend vers les parties inférieures, où elle se confond avec l'ombre du foie et du diaphragme à droite. Le sommet du liquide est le plus souvent sur la ligne axillaire, d'après les recherches de Sokoleff. Le refoulement du cœur se constate aisément : c'est un signe qui permet de différencier l'ombre de la pleurésie de l'ombre de l'infiltration pulmonaire, qui elle ne s'accompagne pas de refoulement du médiastin.

La limite supérieure de l'opacité, surtout au début d'une pleurésie, quand l'épanchement n'est pas enkysté, présente des déplacements qui coïncident avec les mouvements respiratoires, à supposer que les contractions du diaphragme soient conservées du côté malade. Ces déplacements n'ont jamais l'importance de ceux que l'on constate dans l'hydropneumothorax sous l'influence des changements d'attitude.

Quand il s'agit de pleurésies enkystées, la radioscopie est d'un plus grand secours encore, et M. Béclère a bien précisé la technique de l'exploration de l'espace interlobaire : il ne suffit pas, en effet, de placer son malade entre l'écran et l'ampoule pour constater l'ombre interlobaire. Il faut bien se rendre compte que l'épanchement forme en général un disque de peu d'épaisseur, disposé non pas horizontalement, mais suivant une direction oblique de haut en has, d'arrière en avant et de dedans en dehors. L'éclairage devra donc être oblique et latéral, de manière que les rayons traversent de champ la zone interlobaire. Le malade tournant le dos à l'écran, l'ampoule sera basse, à peu près au niveau du creux épigastrique ; face à l'écran, l'ampoule sera au niveau de la colonne cervicale. L'obscurcissement total ou partiel du sinus costodiaphragmatique, la limitation des mouvements du diaphragme, la diffusion de la ligne qui figure son contour (Béclère) sont un appoint précieux pour le diagnostic d'une pleurésie diaphragmatique. Une zone d'ombre correspondant par son siège et sa direction au siège et à la direction de l'une des scissures interlobaires, aux contours souvent hien limités, tranchant fortement sur la clarté des zones pulmonaires supérieure et inférieure, permet tantôt de reconnaître ces pleurésies interlobaires qui se terminent par résolution (comme on en observe au cours de la tuberculose), tantôt de diagnostiquer une suppuration interlobaire post-pneumonique et de prédire, à défaut d'une intervention précoce, une vomique prochaine. Dans la pleurésie purulente médiastinale, l'ombre sera verticale et les organes médiastinaux refoulés. Mais dans ce cas, les difficultés sont considérables pour l'interprétation de l'ombre de la collection au milieu des ombres des divers organes (cœur, aorte, ganglions, etc.).

Quoi qu'il en soit, une collection existant, révélée par la clinique, vérifiée par la radioscopie, supposée purulente de par la courbe thermique et d'autres symptômes accessoires, il reste, par la ponction exploratrice, à faire la preuve de la nature du liquide.

Ponction exploratrice

La ponction exploratrice peut se pratiquer comme moyen de diagnostic ou comme premier temps de l'intervention chirurgicale, le bistouri, dans ce dernier cas, suivant la voie indiquée par l'aiguille restée en place.

Le malade sera couché en position franchement latérale, le dos tourné vers l'opérateur ; cette position évite la syncope, la dyspnée, les accès de toux. L'anesthésie locale est inutile, sauf chez les sujets très pusillanimes. Toutes les précautions antiseptiques d'usage seront prises : iodage de la peau, en se méfiant des intoxications possibles par résorption iodée chez de tels malades ; stérilisation des instruments ; lavage des mains, etc.

Comme aiguille, il faut employer celles qui sont longues d'au moins 5 centimètres et d'un calibre assez fort : les aiguilles à ponction lombaire sont à recommander pour cette exploration. Il ne faut pas se servir d'aiguilles trop courtes, car si la plèvre est tapissée de fausses membranes, on peut très bien ne pas atteindre la collection ; il ne faut pas non plus se servir d'aiguilles trop fines pour le cas où l'on aurait affaire à un pus épais, s'aspirant difficilement. Si l'on soupçonne une collection et si l'on ne retire rien, il sera utile de bien vérifier l'extrémité de l'aiguille et de faire jouer le piston de la seringue : on fait quelquefois apparaître à la pointe une goutelette de pus extrêmement épais ou un débris fibrineux qui peut être examiné par frottis et ensemencé.

La ponction exploratrice, même positive, peut dans quelques cas induire en erreur ; avant d'intervenir, il faut bien le savoir ; ainsi, en recherchant une pleurésie enkystée, on a pu ponctionner une dilatation bronchique, une caverne tuberculeuse ; on a vidé un abcès par congestion d'origine pottique et, fait très curieux, dans un cas étiqueté pleurésie médiastine on ponctionna un abcès rétro-pharyngien descendu dans le thorax. D'autres erreurs pourraient être aussi commises, principalement dans la région diaphragmatique, avec des abcès d'origine hépatique ou appendiculaire. On comprend dès lors combien le diagnostic demande à être fait soigneusement, avec le contrôle important de la radioscopie.

La ponction exploratrice, même positive, *voit* qu'est le pus, c'est-à-dire, dans le cas de pleurésie de la grande cavité, un peu en arrière de la ligne axillaire, dans le septième ou huitième espace intercostal, en pleine matité ; dans le cas de pleurésie interlobaire, là où l'auscultation et la radioscopie ont paru localiser l'épanchement. Mais, dans ce dernier cas, il peut se faire qu'on soit forcé de larder le poumon avant d'arriver sur le pus. De toutes façons, on se contentera d'en retirer 1 à 2 centimètres cubes.

Examen bactériologique

La ponction exploratrice ne permet pas seulement le diagnostic de localisation de l'épanchement, elle permet, en outre, la détermination de la variété microbienne en cause ; et cette détermination, comme nous le verrons plus loin, est de première importance au point de vue du choix de l'intervention opératoire.

Dans le cas de pleurésie tuberculeuse, on trouve, après étendage sur lame et coloration habituelle, des polynucléaires tassés les uns contre les autres, souvent déformés, effrités et dont le noyau se colore mal. On ne voit ni microbes ordinaires ni bacille de Koch dans la grande majorité des cas. De même les ensemencements restent le plus souvent stériles. Seule l'inoculation au cobaye fait la preuve de la nature tuberculeuse de l'épanchement.

Dans le cas de pleurésie pneumococcique, l'examen sur lame montre les diplocoques caractéristiques, colorés par le Gram. L'inoculation à la souris hlanche amène la mort de l'animal en vingt-quatre ou quarante-huit heures, et le sang du cœur renferme le pneumocoque à l'état de pureté.

Dans le cas de pleurésie streptococcique, les chaînettes microbiennes sont longues, sous forme de chaîne de zooglées à angle plus ou moins hrusque. Parfois, cependant, il est difficile de différencier les courtes chaînettes de streptocoques de certaines chaînettes que forme parfois le pneumoco-

(1) Rapport présenté au IIIme Congrès de la *Société Internationale de Chirurgie*, tenu à Bruxelles du 25 au 30 Septembre 1911.

que : il faut alors recourir soit aux ensemencements, soit à l'inoculation sous la peau de l'oreille du lapin, qui amène la formation d'un érysipèle typique.

Dans le cas de pleurésie putride, les frottis décèlent une flore microbienne extrêmement riche, alors que les cultures en milieux aérobies restent stériles on poussent très pauvrement. Il faut alors faire des cultures en milieux anaérobies pour différencier le microbe en cause ; nous ne pouvons y insister plus longuement.

Dans le cas d'épanchement à apparence graisseuse, chyliforme, il s'agit presque toujours de tuberculose, ainsi que le prouve l'inoculation au cobaye.

Quoi qu'il en soit, dès que le diagnostic d'épanchement purulent aura été posé et sa nature microbienne précisée, le médecin aura à sa disposition divers procédés thérapeutiques que nous allons maintenant décrire et dont nous étudierons ensuite les indications particulières. Ces procédés, ce sont la thoracentèse ou la pleurotomie. La pleurésie purulente, en effet, est justiciable non du médecin, mais du chirurgien (Pailloz). Cependant, nous ne pouvons passer sous silence les heureux résultats obtenus, dans des cas presque désespérés de pleurésies purulentes streptococciques, par Vincent (du Val-de-Grâce) et Delaborde, à la suite d'injections intrapleurales de 15 à 20 centimètres cubes de solution stérilisée de collargol au 1/100, renouvelées après chaque thoracentèse. Retenons donc, en cas de refus opératoire, dans ces formes à streptocoques de pronostic sombre où la pleurotomie est indiquée d'emblée, les résultats parfois heureux du traitement médical de l'empyème.

La thoracentèse peut être considérée comme une ponction non plus exploratrice, mais évacuatrice, en ce sens qu'elle se propose, à l'aide d'aspirateurs un peu spéciaux, de retirer une grande partie du liquide pleural.

Thoracentèse

Tout ce que nous avons dit des précautions à prendre pour la ponction exploratrice, de la position du malade, etc..., s'applique à la thoracentèse.

La thoracentèse se pratique le plus souvent à l'aide du trocart de l'appareil Potain, qu'on enfonce, en rasant le bord supérieur d'une côte, là où une ponction exploratrice et les signes physiques ont permis de déceler la présence du pus.

Grâce à l'aspiration, le liquide purulent s'écoule dans le flacon réservé à cet effet, d'autant plus facilement qu'il est moins épais et renferme moins de fibrine.

La crainte hypothétique de l'entrée de l'air dans la plèvre a fait imaginer divers dispositifs dont voici deux exemples typiques :

Arhez se sert d'une canule (canule de Boinet) coiffée d'un drain à valves à fissures latérales ; le trocart, au moment de la ponction, est introduit dans la canule à travers l'une de ces fissures. Grâce à ces fentes latérales, bien symétriques, l'écoulement se fait de par la loi de la pesanteur et sans aspiration possible d'air ; car, au moment de l'inspiration, les lèvres des valves s'obturent complètement et s'opposent à tout passage de l'air.

Un appareil analogue peut être fabriqué d'urgence en adaptant au tube d'écoulement d'un trocart Potain un drain lié par un fil à son extrémité et sur les faces latérales duquel deux incisions symétriques auront été faites, à l'aide d'un rasoir, dans le sens de sa longueur.

Actuellement, la ponction avec aspiration est abandonnée par quelques médecins qui la remplacent par la thoracentèse avec injection d'air dans la plèvre. Achard et Grenet, Ricci, Bernard, Kuso, Guthrie, Holmgren et Dufour ont insisté sur les résultats obtenus par cette pratique dans les pleurésies purulentes comme dans les pleurésies sérofibrineuses.

Le trocart Potain, muni d'un tube d'écoulement, est enfoncé dans le dixième espace intercostal entre les deux lignes scapulaire et axillaire. Dans l'espace sus-jacent, un second trocart relié par un tube à un insufflateur (pompe Potain ou poire Richardson) permet la pénétration de l'air atmosphérique qu'on filtre par passage à travers un tube en verre rempli d'ouate hydrophile. On se rend mieux compte de la quantité d'air injecté si sur le trajet du tube on place un flacon à deux tubulures contenant de l'eau.

Le procédé d'Achard est plus simple ; il emploie l'appareil Potain préparé comme pour une thoracentèse normale. Le trocart, la bouteille, les tubes conducteurs auront été bouillis. Avant toute évacuation de liquide, on refoule de l'air dans la bouteille sans le stériliser, le simple passage à travers le flacon humide suffisant pour qu'il se débarrassé des germes pathogènes. Cet air pénètre dans la plèvre, donnant naissance à un gargouillement spécial dû au pyo-pneumothorax. L'évacuation se fait alors facilement sous la pression du gaz injecté dans la plèvre ; si elle se ralentit, une nouvelle injection peut être faite sans danger.

Selon Achard, cette thoracentèse avec injection d'air dans la plèvre a un triple avantage : elle permet l'évacuation de pus concrété qu'on n'aurait pu avoir qu'avec grande difficulté par l'aspiration ; grâce à elle, on peut, sans redouter l'œdème pulmonaire, évacuer en une fois des masses considérables de liquide (jusqu'à 3 et 4 litres) ; enfin, l'air injecté immobilise le poumon, le décongestionne et s'oppose à l'évolution aiguë de la tuberculose pulmonaire. Peut-être dans ce cas particulier l'action microbicide de l'air atmosphérique joue-t-elle vis-à-vis de la plèvre le rôle bien connu qu'elle joue dans les péritonites tuberculeuses.

En tout cas, la thoracentèse, avec ou sans insufflation d'air, est une méthode qui n'expose pas à des accidents sérieux (ceux dont on discutait tant jadis) du moment qu'on la pratique convenablement.

Actuellement, du reste, et avec juste raison, elle a cédé le pas, dans la majorité des cas, à l'ouverture large avec drainage de l'abcès pleural, c'est-à-dire à la pleurotomie, s'accompagnant ou non de résection costale.

Pleurotomie

Le lieu d'élection de l'incision est variable suivant les cas ; l'intervention sera, en effet, différente pour une pleurésie interlobaire et pour un empyème de la grande cavité.

Dans ce cas particulier, la plupart des chirurgiens choisissent le septième ou le huitième espace intercostal. L'incision sera postérieure et son extrémité antérieure ne dépassera pas la ligne axillaire. Walther et Renault ont préconisé l'empyème postérieur, à 2 centimètres du bord vertébral, dans le dixième espace pour éviter la résection costale.

La question de l'anesthésie est intéressante et encore discutée. Il y a des partisans de l'anesthésie générale ; d'autres tiennent pour l'anesthésie locale. Les premiers invoquent contre l'anesthésie locale son insuffisance ou ses dangers ; il est vrai que les partisans de l'anesthésie à la cocaïne, stovaïne ou novocaïne, chargent le chloroforme et l'éther de bien sombres méfaits. En réalité, tout cela est question d'âge et d'habitudes. Chez l'enfant, il n'y a pas à hésiter : on emploiera le chloroforme plutôt que l'éther, à cause des propriétés congestives de ce dernier ; et l'enfant supporte si bien le chloroforme ! Chez l'adulte, la pleurotomie, avec ou sans résection de côte, peut très bien se pratiquer à l'anesthésie locale, en suivant la technique classique bien connue et en prenant les précautions d'usage avant l'intervention (position couchée, toniques du cœur, etc). Chez les sujets pusillanimes, le chloroforme rendra des services.

Mais soit chez l'enfant, soit chez l'adulte, il ne viendra à l'idée d'aucun médecin d'anesthésier localement, ni surtout généralement, ces malades qui arrivent avec une plèvre remplie de liquide, le cœur refoulé, le pouls misérable et filant, la face et les extrémités cyanosées et ne pouvant supporter le décubitus.

Tout le monde est d'accord, dans ce cas, pour pratiquer une évacuation au trocart (ponction palliatrice) qui permettra au malade de mieux supporter ultérieurement la pleurotomie avec anesthésie.

Pendant l'intervention, il sera utile de faire au malade des injections de sérum physiologique.

Le malade étant dans le décubitus latéral et couché du côté sain, le chirurgien fait une incision des téguments de 6 à 8 centimètres de longueur, parallèle à la direction des côtes et exactement sur le bord supérieur de la côte inférieure.

Les tissus sont sectionnés plan par plan ; la plèvre épaissie apparaît bientôt entre les lèvres de l'incision écartées à l'aide de deux écarteur Farabeuf, bombant au moment de l'expiration. Une ponction avec la pointe du histouri donne un filet de pus ; le doigt remplace alors l'instrument tranchant et reconnaît les organes du voisinage : poumons, cœur, diaphragme. L'incision est agrandie, sur ce doigt servant de guide, avec la pointe du histouri.

Au cours de l'intervention, il est prudent de ne pas laisser s'écouler rapidement le pus contenu dans la plèvre, des accidents graves ayant été signalés à la suite d'une décompression brusque du thorax.

Deux drains, les plus gros possible, sont placés dans la plaie accolés en canons de fusil : l'un d'eux plonge profondément dans la cavité ; ils sont réunis par deux épingles de sûreté mises en croix, en ayant soin de protéger la peau du contact de l'épingle par une compresse de gaze. Au fur et à mesure des pansements, les drains seront raccourcis et diminués de calibre, car ils doivent éviter de toucher le poumon ; ils doivent être chassés par le comblement de la cavité pleurale.

Le pansement sera fait avec de la gaze stérile, qu'on étendra en abondance pour absorber le liquide qui s'écoulera. Puis on mettra une couche épaisse d'ouate hydrophile, enfin de l'ouate ordinaire. On maintiendra le tout au moyen d'un bandage de corps en flanelle, bien serré à la ceinture et muni d'épaulières.

L'opération peut se compliquer d'une résection de côte et cette intervention supplémentaire est indiquée chaque fois que l'espace intercostal à inciser paraît insuffisant pour assurer un bon drainage.

Après incision longitudinale du périoste, celui-ci est décollé à la rugine, sur le bord supérieur, puis sur le bord inférieur et la face profonde de la côte ; celle-ci est sectionnée au costotome sur une étendue moyenne de 5 centimètres en ayant soin de faire la section juste à la limite de la zone dénudée. L'opération est suivie de l'incision de la plèvre, en ayant soin de ne pas intéresser le groupe vasculo-nerveux intercostal mis à nu.

Dans les épanchements cloisonnés, on ne peut établir de règles précises ; il faut aller où est le pus; et l'on a pu être forcé de pratiquer l'empyème dans la fosse sus-claviculaire, sur la ligne axillaire antérieure, sur la ligne mamelonnaire.

Pour la pleurésie interlobaire, il faudra évidemment inciser plus haut, soit plus dans l'aisselle, soit, au contraire, plus en arrière, en somme à l'endroit où l'on a trouvé le pus et autant que possible à la partie la plus déclive de l'épanchement. D'ordinaire, d'ailleurs, le bistouri suivra le trajet de l'aiguille à ponction exploratrice.

Il est rare que, au moment où l'on intervient, des adhérences pleurales n'existent pas. Aussi après incision de la paroi avec ou sans résection costale, le plus souvent sans, on se contentera d'agrandir au bistouri ou au thermocautère sur l'aiguille servant de sonde cannelée. Un ou deux drains assureront l'évacuation du liquide.

Il est quelquefois difficile de trouver la *collection*, ce qui tient à ce qu'elle a pu être *évacuée par vomique* entre le *moment de la ponction exploratrice et l'intervention*, le médecin n'ayant pas été *prévenu* de l'incident. Ceci démontre une fois de plus l'importance de l'opération suivant immédiatement la ponction.

Pour la pleurésie sus-diaphragmatique, l'incision se fera un peu plus basse que normalement, dans le huitième espace à droite et le neuvième espace à gauche ; mais l'écueil ici est la blessure du diaphragme, qu'on pourra facilement éviter en ayant soin de faire l'incision des tissus plan par plan. Le doigt débridera les adhérences qui entourent la poche purulente.

Le malade, remis dans son lit, dans tous les cas, est souvent dyspnéique, plus ou moins cyanosé; le pouls est faible et rapide. Il sera bon de le surveiller de très près pendant quelques heures. Les injections de sérum contribuent à diminuer cet état à tendance syncopale.

Il est rare qu'on puisse reculer le pansement de vingt-quatre ou quarante-huit heures, surtout dans les cas de pleurésie de la grande cavité.

Habituellement, au bout de quelques heures, il est transpercé, et l'on est forcé de le changer. Le liquide qui s'écoule est alors plutôt séreux et contraste avec celui évacué lors de l'intervention.

Les fausses membranes tombent après un temps variable. Si l'opération a été précoce, il est rare qu'elles puissent être évacuées lors de l'intervention; elles tombent souvent en une fois, en masses qui sortent difficilement de la plaie quand on change les drains. Souvent l'expulsion des membranes marque la fin de la fièvre. La rétention de nouvelles fausses membranes explique parfois la reprise de la fièvre ou une élévation thermique plus forte le matin que le soir. Ces membranes de nouveaux expulsées, la température baisse ou reprend son type normal.

La ventouse de Bier *peut rendre des services* pour hâter l'expulsion des fausses membranes.

Faut-il faire des lavages immédiats ou secondaires ? Les premiers ne sont plus guère pratiqués actuellement, car ils n'entraînent pas avec eux les fausses membranes souvent encore adhérentes lors de l'opération. Généralement, les lavages secondaires ne sont pas nécessaires, sauf peut-être dans le cas où les membranes s'éliminent mal ou en cas d'apparition de fétidité de l'écoulement. M. Vignard, après la pleurotomie, pratique le siphonnage de la plèvre avec un appareil de son invention ; il reconnaît à son procédé de mieux vider la cavité pleurale et de rendre au poumon son extensibilité première. Sa conviction ne paraît pas avoir entraîné beaucoup d'imitateurs.

Marion, très catégorique, écrit que, pour ne pas avoir de fistule pleurale, il ne faut pas faire de lavages.

Dans les pleurésies putrides d'emblée, le lavage est au contraire nécessaire, fait soit avec de l'eau bouillie faiblement salée, soit avec la solution d'hyposulfite de soude à 1/500, de permanganate de potasse à 1/4000, la solution iodo-iodurée à 1/300 étendue de huit à dix fois son volume d'eau bouillie. Les solutions au 1/100 de collargol, à la dose de 20 à 30 centimètres cubes, ont été aussi employées en pareil cas.

Il faut savoir que le lavage fait avec trop de pression ou à l'aide de liquides irritants peut provoquer un état syncopal et même des crises d'œdème aigu du poumon. Ce sont heureusement des fait rares.

Evolution de la pleurésie après l'opération

Une suppuration franche, des bourgeons charnus bien saignants, la chute de la fièvre le relèvement de l'état général constituent d'excellentes présomptions en faveur de la guérison rapide et sans fistule. En revanche, l'arrêt de la suppuration, l'atonie de la plaie, le peu de hâte des bourgeons à combler le fond de la cavité, des poussées fébriles, de l'ostéite de voisinage, tout cela est d'un mauvais augure. Il est vrai que les formes qui guérissent simplement sont rares ; et le plus souvent la guérison est entravée par de petites complications locales ou générales qui l'influencent singulièrement.

Il est de règle qu'une pleurésie purulente opérée guérit moins bien dans le milieu hospitalier qu'à la campagne ; c'est que, en effet, à l'hôpital les infections secondaires sont plus fréquentes et ce sont elles surtout qui tendent à faire passer à l'état chronique les suppurations aiguës. On a signalé dans ces milieux la tuberculisation secondaire d'empyemes à microbes banaux.

Aussi est-il difficile de fixer une date où la guérison complète est obtenue. On a signalé des malades guéris en quarante à quarante-cinq jours ; c'est malheureusement une exception. Le plus souvent, une petite fistule persiste plusieurs mois après l'intervention, compatible d'ailleurs avec un bon état général et pouvant guérir spontanément ou persister en s'accompagnant de déformations thoraciques bien connues (aplatissement de la paroi costale, etc.). Mais là il s'agit de pleurésie purulente chronique.

Il nous reste, avant de nous étendre sur les indications opératoires propres à chaque variété de pleurésie purulente en particulier, à dire quelques mots du *traitement médical général*. En effet, il n'est pas inutile de préciser les grandes indications thérapeutiques que comporte l'état d'un malade atteint d'épanchement pleural purulent.

Le malade doit être maintenu au lit et surveillé de très près.

Le point de côté, parfois atroce, est habituellement très bien soulagé par l'emploi de ventouses sèches ou, de préférence, scarifiées. Il y a lieu de rejeter l'emploi encore trop répandu du vésicatoire, dont l'action néfaste sur le rein est trop à craindre. En cas d'insuccès des ventouses, on peut avoir recours aux enveloppements humides très chauds ou, au contraire, à l'application de sachets de glace.

De toutes façons, on ne doit recourir aux divers hypnotiques qu'en cas d'absolue nécessité (aspirine, antipyrine) et réserver la morphine aux malades agités.

La dyspnée, qui reconnaît souvent une origine mi-partie pleurale, mi-partie pulmonaire, est bien améliorée par la révulsion, les inhalations d'oxygène, la balnéation tiède.

La toux peut être calmée momentanément par des inhalations de vapeur d'eau, par des applications chaudes et humides sur la poitrine.

Le médecin doit surveiller de très près l'état du cœur : la fréquence du pouls et sa petitesse, même avec un faible déplacement du cœur, sont les meilleurs signes de la nécessité de l'évacuation. De toutes façons, il faut savoir soutenir le cœur à l'aide de l'huile camphrée, la spartéine, la strychnine, en injections intramusculaires de préférence.

Enfin, il faut soumettre les malades, avant même de pratiquer l'intervention, à toute la thérapeutique destinée à lutter contre les infections générales. C'est ainsi qu'on se trouvera bien de leur faire des injections d'argent colloïdal soit sous la peau, soit par voie veineuse, soit même dans la plèvre (comme nous l'avons signalé plus haut). Signalons, d'autre part, la ressource, aujourd'hui encore bien peu expérimentée, que l'on trouverait à l'occasion dans l'emploi de la vaccinothérapie faite soit à l'aide de stocks-vaccins, soit plutôt à l'aide d'autovaccins préparés avec le microbe isolé du malade lui-même, suivant une technique sur laquelle nous ne pouvons nous étendre ici.

Choix et heure de l'intervention

A priori, il pourrait sembler inutile, après ce que nous avons dit, de dis-

cuter la nécessité d'évacuer les pleurésies purulentes : on ne doit, en effet, compter que très exceptionnellement sur l'issue heureuse d'une vomique ou d'un empyème de nécessité.

Néanmoins, il y a lieu de ne pas intervenir sans avoir réfléchi mûrement : nous avons insisté plus haut sur les erreurs de diagnostic à éviter ; d'autre part, la guérison peut parfois se faire de façon spontanée, comme dans des cas observés par Gnber, par Hallé et Armand Delille. Enfin, les pleurésies purulentes tuberculeuses elles-mêmes ont des indications bien spéciales.

Il reste donc entendu que l'on n'agira que, une fois le diagnostic bien établi à la fois par la clinique et par la bactériologie.

Dans les cas de pleurésie purulente tuberculeuse aiguë, cas rares du reste, il faut savoir temporiser le plus longtemps possible. Cependant, il arrivera que l'on aura la main forcée et que l'état général du malade nécessitera une intervention : dans ces cas, tous les auteurs sont d'accord pour rejeter la thoracotomie, qui très habituellement est suivie d'une infection secondaire souvent putride de la cavité. On est alors réduit à pratiquer des thoracentèses répétées, en évitant d'évacuer chaque fois la totalité du liquide. De tels malades peuvent traîner pendant des mois, des années et finir par succomber aux progrès d'une tuberculose pulmonaire chronique ou à une poussée granulique; d'autres, parfois, arrivent à tarir leur suppuration et à guérir. Inutile d'insister sur la nécessité de les soigner, comme tous les tuberculeux, avec les moyens médicamenteux et hygiéniques en usage.

Pour ce qui est des pleurésies purulentes non tuberculeuses, la question d'âge du malade doit retenir l'attention. En effet, chez les nourrissons et les jeunes enfants, on est en droit d'essayer l'emploi des ponctions aspiratrices, en présence des résultats médiocres que donne la pleurotomie. Chez l'enfant plus âgé, certains croient aussi à l'utilité des ponctions successives (une, deux ou même trois), quand le liquide se reproduit en abondance, avec l'espoir de voir la virulence de l'agent pathogène diminuer de la sorte ; d'autres, au contraire, rejettent la thoracentèse répétée et donnent leurs préférences à la pleurotomie d'emblée, à cause de l'affaiblissement progressif de l'organisme et de la rétraction du poumon sous-jacent à l'épanchement. En réalité, selon nous, on est en droit de tenter, à partir de l'âge de 4 ou 5 ans, une thoracentèse et même de la répéter à très bref intervalle; cependant, il est presque toujours préférable de pratiquer d'emblée la thoracotomie, si l'enfant est capable de la supporter.

Chez l'adulte, et aussi d'ailleurs chez l'enfant, il se présente des cas où l'évacuation d'urgence est de nécessité impérieuse (dyspnée intense, état syncopal, refoulement du cœur, etc.). On se contente alors d'une ponction avec l'appareil aspirateur, en se gardant d'évacuer tout le liquide, et pour remédier uniquement à la gravité actuelle de la situation.

Mais le plus souvent on aura le temps de réfléchir et de faire choix de l'intervention curatrice à pratiquer. Et ici le diagnostic bactériologique va rendre encore des services.

S'agit-il d'une pleurésie purulente à pneumocoque ? Il y a trente ans, les auteurs étaient à peu près unanimes à conseiller la ponction évacuatrice répétée au fur et à mesure des nécessités. Un revirement s'est effectué peu à peu ; et aujourd'hui les partisans de la pleurotomie précoce sont de plus en plus nombreux : ils invoquent l'insuffisance presque constante d'une seule thoracentèse, la rétraction du poumon, l'aggravation rapide de l'état général. Nous croyons, d'après notre expérience personnelle, que l'on est en droit de pratiquer une ou même deux thoracentèses, surtout si l'on y associe l'insufflation d'air qui a donné de si beaux résultats entre les mains de plusieurs auteurs. Mais il faut savoir ne pas temporiser trop longtemps ; et, d'ailleurs, c'est bien plus affaire d'expérience et de doigté cliniques que de règles théoriques forcément étroites ; si une ou deux thoracentèses n'ont pas suffi, il n'y a plus à hésiter, l'épanchement pneumococcique devient justiciable de la thoracotomie.

Quant aux autres pleurésies purulentes aiguës à streptocoques, à staphylocoques, etc., elles ne supportent pas la discussion : il faut intervenir par la thoracotomie le plus vite possible. C'est à elles que s'applique dans toute sa force le vieil adage : « *Ubi pus, ibi evacua* ». La thoracotomie, en effet, permet l'évacuation complète de l'épanchement purulent et le drainage continu de la cavité ; elle donne la possibilité d'évacuer les fausses membranes, évitant ainsi les rétractions ultérieures. Et le danger d'infection secondaire est vraiment négligeable en présence de la nécessité où l'on se trouve d'évacuer un véritable foyer d'infection actuelle. Certes le résultat de l'intervention dépend en grande partie de l'état du poumon sous-jacent : mais plus on opère tôt et plus on a de chances de tomber sur un poumon encore capable de récupérer son élasticité et de reprendre sa place dans le thorax.

Nous n'avons pas à revenir ici sur le siège de l'incision à pratiquer, non plus que sur la question des lavages secondaires. Pour ce qui est de la résection d'une portion de côte, nous considérons cette façon de faire comme facile et comme permettant mieux l'évacuation ultérieure du pus ; nous la conseillons dans la majorité des cas, d'autant plus qu'elle n'aggrave guère le pronostic immédiat de la thoracotomie.

REVUE CLINIQUE

Le prurit des brightiques, par M. le professeur F. Widal et M. André Weill.

Le prurit qui s'observe chez certains brightiques revêt parfois une telle intensité que de tous les symptômes il devient pour eux le plus gênant. M. Dieulafoy a montré que ce prurit peut révéler un brightisme latent; il a insisté sur ses modalités cliniques et sur sa fréquence plus grande chez les femmes. Peter, Labadie-Lagrave voient dans le prurit une manifestation nerveuse. Rosenstein l'attribue à une excrétion de l'urée par la peau. M. Dieulafoy fait cependant remarquer qu'il a recueilli plusieurs cas de sueurs d'urée chez des brightiques sans avoir observé de prurit. Nous avons de notre côté suivi plusieurs malades atteint de prurit persistant sans jamais avoir vu apparaître chez eux de sueurs d'urée.

Le prurit fait plus cependant que révéler un mal de Bright. Il permet de reconnaître la forme d'insuffisance rénale dont souffre le malade. L'un de nous s'est attaché à montrer qu'au cours des néphrites le clinicien devait sans cesse s'efforcer de rechercher la part qui revient à la rétention chlorurée ou à la rétention azotée dans les symptômes observés. La rétention chlorurée commande la forme hydropique de l'insuffisance rénale. La rétention azotée n'aboutit qu'à une forme sèche dont le pronostic est particulièrement redoutable. Le dosage de l'nrée dans le sang est seul capable de fournir la preuve de l'azotémie, mais nous devons nous efforcer de rechercher quels sont les signes cliniques qui nous permettent de la prévoir.

Le prurit chez les brightiques est précisément un signe révélateur de la rétention azotée ; il doit prendre place à côté de la torpeur. de l'inappétence et de la rétinite dont nous avons montré avec M. Javal et avec M. Morax toute l'importance pour le diagnostic de l'azotémie.

L'analyse chimique des humeurs, pratiquée chez neuf brightiques atteints de prurit intense, nous a révélé dès le premier examen une azotémie prononcée. Le chiffre le plus faible a été de 0 gr. 98. Les autres s'échelonnaient entre 1 gr. 95 et 5 gr. 44. La rétention des chlorures, par contre, était inconstante, et chez quatre de nos malades nous n'avons jamais constaté d'œdème pendant toute l'évolution de la maladie.

Presque tous nos malades étaient des brightiques avérés. Dans un cas pourtant le prurit nous a mis sur la voie d'un mal de Bright méconnu. Chez une femme de quarante ans, on avait porté le diagnostic d'hyposystolie. Elle présentait en effet de la tachy-arythmie, de la cyanose de la face, de la dyspnée, un peu d'œdème malléolaire ; l'examen du cœur le montrait dilaté et défaillant ; les poumons présentaient des râles d'œdème. La malade se plaignait surtout d'un prurit tenace et persistant à prédominance nocturne. Elle passait ses nuits à se gratter. Tous les topiques fnrent inefficaces. Devant les plaintes de la malade, on pratiqua en désespoir de cause une ponction lombaire. Le liquide hypertendu contenait 2 gr. 03 d'urée par litre. La malade était une brightique latente. Chez elle, le syndrome cardiaque occupait la première place du tableau clinique. Sous l'influence de la digitale, les accidents cardiaques disparurent, et la malade évolna comme une azotémique.

Chez un de nos malades, le prurit avait déterminé de telles lésions de grattage qu'un médecin porta le diagnostic de gales infectée. Ce n'est qu'ultérieurement que la constatation d'une grosse albuminurie fit rectifier cette erreur.

Chez cinq de nos malades, le prurit coexistait avec la rétinite albuminurique, dont nous avons montré avec M. Morax les relations avec l'azotémie. Trois fois nous avons pu observer à l'état de pureté le syndrome clinique de l'azotémie, constitué par la torpeur intellectuelle, les troubles digestifs, l'anorexie et les vomissements, la rétinite et le prurit. Dans deux cas, la mort survint rapidement, deux et quatre mois après le premier examen. Chez notre troisième malade, azotémique gravidique dont l'un de nous a rapporté l'observation avec M. Wilhem, l'apparition du prurit a coïncidé avec celle des autres symptômes d'azotémie. La disparition a suivi la régression de ces symptômes et la fin de la rétention de l'urée dans l'organisme.

Le prurit des hrightiques acquiert parfois une telle intensité qu'il prive les malades de tout repos. Les lésions de grattage qu'il entraîne peuvent devenir, comme nous l'avons vu deux fois, la porte d'entrée d'un érysipèle. Il est donc nécessaire de lutter contre ce symptôme. Nous avons toujours échoué par les agents lo-

caux. La ponction lombaire, préconisée par MM. Thibierge et Ravaut contre certaines dermatoses prurigineuses, nous a donné chez nos malades des résultats satisfaisants. Dans les six cas où nous l'avons pratiquée, nous avons retiré 15 à 20 centimètres cubes d'un liquide hypertendu. Dans trois cas, la ponction a été suivie de la disparition complète du prurit. Deux fois, il a disparu pendant plusieurs semaines et n'a réapparu que plus discrètement. Une seule fois, la rémission n'a été qu'incomplète.

En résumé, le prurit n'est pas seulement un signe révélateur de néphrite. Sa constatation chez un brightique suffit à orienter le diagnostic vers l'azotémie dont il faut toujours chercher la preuve dans l'analyse chimique du sérum sanguin.

Au point de vue pratique, il est intéressant de savoir que la ponction lombaire fournit contre le prurit brightique un mode de traitement remarquablement efficace.

(*Soc. Méd. des Hôpitaux.*)

REVUE DE PATHOLOGIE

Recherches sur la tuberculose, par M. le Dr Hillenberg.

M. le Dr Hillenberg a essayé d'analyser les résultats des expériences faites à la tuberculine cutanée sur les enfants dans des districts ruraux, où il n'y avait eu aucun cas de tuberculose ouverte depuis de nombreuses années. Le district, où il fit ses recherches, a une population de 35.000 âmes et la mortalité moyenne due à la tuberculose y a atteint, pendant la période de 1907-1909, 6,2 sur 10.000 habitants. La population se compose pour la plus grande partie de cultivateurs ; l'état des maisons d'habitation est généralement satisfaisant et les conditions économiques peuvent être considérées comme étant favorables.

Sur 810 enfants soumis à l'épreuve à l' « Alt-Tuberculine » pure, le quart seulement (25,9 0/0), dans l'âge de 6 à 14 ans, ont réagi positivement.

Les cas de réaction positive dans les divers villages du district ont varié considérablement : de 10 0/0 à 61,7 0/0. Fait bizarre : la proportion de réaction positive la plus élevée fut constatée dans une localité, où il n'y avait eu qu'un seul cas de tuberculose depuis dix ans et où les conditions sociales et économiques étaient très favorables.

Autre fait, plus remarquable encore : dans plusieurs contrées, où depuis plusieurs années aucun décès attribuable à la tuberculose n'était survenu, les enfants d'école furent trouvés infectés dans une proportion assez considérable.

Pour les deux tiers des cas de réactions positives, la source de la contagion ne put être tracée. A ce propos, le Dr Hillenberg examine la question des sources probables de contagion. Bien que les chances d'infection par du lait et du beurre paraissent plus grandes parmi la population rurale que parmi celle des villes par suite du manque de laiteries et de facilités pour pasteuriser le lait à la campagne et aussi parce que, dans le district dont il s'agit, jusqu'à 48 pour cent du bétail avait été trouvé atteint de tuberculose bovine, Hillenberg ne croit guère probable que cette dernière puisse être considérée comme source d'infection dans la majorité des cas de réaction positive, étant donné que pas un seul décès provenant de tuberculose intestinale n'avait été signalé dans le district pendant les dernières dix années. Comme explication de ces phénomènes étranges, le Dr Hillenberg suppose que les bacilles de la tuberculose sont sans doute répandus dans la nature plus qu'on ne l'avait cru jusqu'à présent.

En ce qui concerne la question de savoir si l'infection latente subie par les enfants au domicile paternel est inoffensive, ou si elle peut aboutir plus tard à la phtisie, Hillenberg pense que l'on aurait tort de vouloir changer la tactique suivie jusqu'à présent dans les opérations contre la tuberculose : à son avis, il faudra, à l'avenir comme dans le passé, viser surtout la tuberculose des adultes de préférence à la tuberculose infantile.

En terminant, il constate que, dans ses expériences, il a obtenu avec de la tuberculine bovine à peu près la même proportion de résultats qu'avec de la tuberculine humaine.

Les états hémorragipares, par M. le Dr G. Petitjean, professeur suppléant de clinique médicale à l'Ecole de médecine de Dijon.

I. Les causes amenant, en pathologie, des troubles de la coagulation du sang et des hémorragies, sont multiples.

II. Parmi ces causes, la mieux connue peut-être est l'absence ou la diminution du fibrinogène dans les maladies du foie ou dans les affections comportant une altération de cet organe.

III. On est, malgré de nombreux travaux, encore insuffisamment renseigné sur les causes immédiates ou lointaines de certains états hémorragipares bien individualisés en clinique (hémophilie familiale ou accidentelle, purpuras hémorragiques aigus ou chroniques).

IV. La connaissance exacte de la pathogénie de ces affections n'aboutirait peut-être pas, du reste, à la découverte d'un traitement plus efficace. Exemple : dans les cas où l'on sait que l'insuffisance hépatique est seule en cause, l'opothérapie hépatique donne des résultats médiocres.

V. Quelques thérapeutiques récentes marquent un véritable progrès dans le traitement d'un certain nombre d'états hémorragipares : applications locales d'extraits d'organes ; injections sous-cutanées de sérum frais ou de peptones.

VI. Le mode d'action de ces diverses méthodes de traitement est discuté.

Les extraits d'organes agissent localement par l'apport de « coagulines ».

Il est probable que les injections de sérum et de peptones agissent en provoquant une réaction favorable des éléments organiques chargés de présider aux phénomènes complexes et incomplètement connus de la coagulation du sang.

VII. Ces moyens ne constituant pas sans doute des médications *spécifiques* ou *pathogéniques* au sens le plus étroit de ces mots, on pourra espérer améliorer par eux, sinon guérir, des états hémorragipares de causes et de modalités différentes.

VIII. Mais leur efficacité n'est pas constante. Parfois ils modifient de façon favorable les hémorragies, sans avoir d'action marquée sur les troubles de coagulation. Parfois, ils échouent complètement : c'est notamment chez les purpuriques que les échecs ont été le plus fréquemment observés.

REVUE DE BIOLOGIE

Sporotrichose lymphangitique et ostéoarticulaire guérie par la diiodotyrosine.

MM. Jean Troisier et Albert Berthelot rapportent un cas de sporotrichose gommeuse lymphangitique du membre supérieur accompagné d'ostéoarthropathie du gros orteil droit. La maladie durait depuis quatre mois et n'avait aucune tendance à la guérison. MM. Troisier et Berthelot traitèrent leur malade exclusivement avec un nouveau produit iodé organique : la 3-5 diiodo-1-tyrosine.

Les auteurs font remarquer l'innocuité absolue du médicament dont les effets furent très nets à des doses correspondant à de minimes quantités d'iode. (*Soc. de Biologie.*)

REVUE D'HYGIÈNE

Le froid et l'hygiène tropicale, par M. Yoc, Directeur au Ministère des Colonies, délégué du Ministère des Colonies au 2e Congrès international du froid

Rafraîchir artificiellement les locaux habités, c'est là un rêve anciennement conçu par tous ceux qui ont vécu sous les tropiques, mais qui commence à peine d'être réalisé.

Dans tous les pays chauds, c'est une nécessité pour l'Européen de défendre son habitation, non seulement contre la température excessive, mais encore contre l'éclat et la réverbération du soleil, contre l'humidité, qui accompagne le plus souvent les températures torrides (plus l'air est chaud, plus s'accroît sa teneur en humidité), ainsi que contre les insectes, les moustiques qui pullulent sous le ciel des tropiques. De longue date des remèdes ont été préconisés. Contre le soleil, on a édifié des constructions munies de vérandas, qui préservent les appartements intérieurs à la fois des rayons trop chauds et de la lumière trop intense (ainsi sont construites, par exemple, la plupart de nos casernes aux colonies). Contre la chaleur, on use de plus en plus en tous lieux de ventilateurs. Contre les moustiques, on prend souvent la précaution de grillager portes, fenêtres et vérandas (ainsi sont défendues, par exemple, les gares du chemin de fer Dakar-Saint-Louis). Contre l'excès d'humidité, on a proposé enfin, — mais sans l'avoir encore réalisé en pratique, — le procédé de dessiccation, bien connu dans les laboratoires, qui consiste à faire passer l'air ambiant sur des substances avides d'eau, telles que l'acide sulfurique et le chlorure de calcium.

Or, voici qu'aujourd'hui l'emploi du froid industriel permet de lutter plus efficacement encore contre les inconvénients du climat tropical. Déjà, les Américains ont inventé il y a quelques années le « poêle à froid ou poêle de glace », appareil composé d'un grand réservoir à glace dans lequel on fait circuler l'air ambiant avant de le distribuer dans les appartements. Mais les hygiénistes et les physiciens ont démontré que le refroidissement ainsi obtenu est en général trop coûteux et, en outre, assez difficile à graduer ; de plus, ce système n'assèche pas l'air suffisamment et l'on sait que l'excès d'humidité est pour l'Européen sous les tropiques une cause peut-être plus active que la chaleur d'affaiblissement général de l'organisme. Aussi tend-on à préférer désormais un rafraîchissement engendré par d'autres procédés. Nous n'en citerons que deux, ceux qui sont les plus usuels :

1° On peut refroidir les appartements par une circulation de l'air autour d'un serpentin parcouru par un fluide à basse température, tel que l'ammoniaque liquide ou un gaz liquéfié. Des essais très heureux en ce sens ont été faits à Saint-Louis (Etats-Unis et au Togo (1) où l'hôpital est perpétuellement maintenu à une température de climat tempéré.

2° On peut aussi rafraîchir les maisons en y distribuant de l'air préalablement comprimé et détendu.

Ces procédés ont tous deux l'avantage de dessécher l'air en le refroidissant et d'engendrer ainsi une température moyenne et sèche qui semble très défavorable aux moustiques. De plus, ils permettent de graduer la température et de n'obtenir qu'une différence de 7 à 10 degrés avec l'air extérieur.

M. le colonel Bourgoin, de l'artillerie coloniale, qui a fait de cette question une étude très

(1) Voir une description de l'hôpital Nachtigall du Togo, dans Claus Schilling. *Tropenhygiene*, Leipzig, in-f°, p. 59, 61.

complète (1), donne ses préférences au système de production de froid par air détendu. C'est ce système que les Belges semblent devoir préférer également dans les constructions qu'ils préparent présentement à Matadi.

Quoi qu'il en soit, Belges au Congo, Allemands au Cameroun, Hollandais à Java et Anglais dans l'Inde étudient tous aujourd'hui cette question de l'application du froid à l'hygiène coloniale (2). Ils réalisent la prédiction de l'hygiéniste Pettenkofer qui écrivait en 1878 : « La question du froid dans la zone tropicale jouera bientôt le même rôle que le problème du chauffage en hiver dans nos pays tempérés.

Dans les deux cas, la difficulté consiste à amener l'air de l'extérieur à la température la plus propice à l'exercice des fonctions vitales ; de même que chez nous, dans un hôpital, on amène par échauffement l'air à la température de chambre de malade, de même sous les tropiques il faut l'y amener par rafraîchissement. On peut ajouter que même si le contraste entre l'air chaud de l'extérieur et l'air frais des locaux est peu marqué au point de vue purement thermométrique (et les médecins conseillent en effet de limiter étroitement l'écart) la réduction de la teneur en humidité de l'air, ou comme on dit la régulation du degré d'humidité de l'atmosphère rendra la température des locaux infiniment plus supportable.

En créant des habitations, des hôpitaux munis d'installations frigorifiques, on peut donc construire sur place aux colonies des sanatoria excellents. On permet aux malades ou simplement à ceux qu'a affaiblis un climat torride, de se remettre et de reprendre des forces par une amélioration des fonctions organiques. Même pour les plus valides ces établissements seraient d'un grand prix ; tous les deux ou trois mois quelques jours passés à cette « cure de froid » vaudraient pour eux un retour en Europe ou du moins un voyage en mer et leur permettraient de prolonger très longtemps leur séjour aux colonies. La question de la relève des troupes et des fonctionnaires civils s'en trouverait simplifiée. Provoquer à notre tour et même multiplier dans nos possessions, qui n'en sont malheureusement pas encore pourvues, des installations de ce genre, ce serait, a pu dire M. Moriceau, délégué du gouvernement de Madagascar au congrès de Vienne, « une bonne action et une bonne affaire. » (3).

Il est à désirer que dans un très prochain avenir nos colonies soient à cet égard aussi bien outillées que les colonies étrangères (4).

REVUE DE STOMATOLOGIE

La pyorrhée alvéolaire, ses origines, ses conséquences locales et générales, par M. J. Tellier (Lyon), rapport présenté au congrès de stomatologie.

On donne le nom de pyorrhée alvéolaire à toutes les affections chroniques non organiques de la région gingivo-dentaire qui aboutissent à la chute des dents. A un moment donné de leur évolution, la plupart d'entre ces maladies sont accompagnées d'un écoulement purulent qui constitue de la pyorrhée ; mais elle n'en est pas un symptôme nécessaire et il y a des *formes sèches* (Baume, Cruet, Michel). L'existence de ces formes a été niée ; on a dit (Galippe) que si, cliniquement, la suppuration n'était pas apparente, l'examen microscopique décelait cependant la réalité de la présence du pus. Il n'est pas douteux, cependant, que cette interprétation doit être conservée ; un certain nombre de périodontites chroniques évoluent, souvent pendant longtemps, sans que la suppuration soit notée et si ces formes sèches restent assez rarement sèches pendant toute la durée de leur évolution, il est certain que la *pyorrhée sans pyorrhée (pyorrhée apyorrhéique)* est une réalité clinique fréquemment observée.

Certes, il vaudrait mieux que nous fussions en possession d'un terme satisfaisant pour désigner un pareil état de choses ; jusqu'à présent, personne n'a réussi à le trouver et parmi les nombreux noms qui ont été proposés, celui qui répond le mieux à nos exigences est encore celui de pyorrhée, qui est le plus généralement employé.

La pyorrhée n'est pas une maladie ; c'est un symptôme commun à la plupart des affections chroniques (non organiques) des tissus de la région gingivo-dentaire, qui présentent ce caractère commun de détruire les rapports anatomiques de ces tissus, de modifier ceux-ci dans leur structure et, par suite, dans leur rôle physiologique qui est, en partie, de concourir à la fixation des dents. Par extension, et par extension abusive, on donne le nom de pyorrhée à tous les états pathologiques et, plus particulièrement, à ceux qui sont accompagnés de suppuration aboutissant à la destruction des organes fixateurs des dents ; pour certains auteurs même (Kirk, Endelmann), certains abcès alvéolaires chroniques localisés et dont la localisation est par eux interprétée d'une manière particulière, constitueraient une forme de pyorrhée.

Ces modifications des organes fixateurs, dont le terme ultime est la chute des dents, dans la grande majorité des cas après suppuration, mais parfois sans pyorrhée, sont, ou nous paraissent préparées et entretenues, soit par des modalités physiologiques de ces organes, soit par des variations dans leur texture et leurs modes de réaction, dues à des causes pathologiques, locales ou générales.

Les *influences pathologiques*, locales ou générales, qui agissent directement ou indirectement sur les tissus de la région gingivo-dentaire, ont pour conséquences, soit des modifications de leur texture anatomique, soit et qu'on me pardonne ce truisme, des changements de leur état physiologique. Tels sont, dans le premier cas, l'action de la répartition inégale, par excès ou par défaut, des pressions supportées par les tissus, les lésions des vaisseaux (scléroses vasculaires), les changements dans la composition du sang ; et dans le deuxième, l'action de toutes les maladies aiguës ou chroniques, de tous les états dits constitutionnels, en un mot, de toutes les causes que nous avons envisagées dans notre étude analytique. Si nous ne sommes pas fixés sur le mécanisme intime et sur la nature ou l'essence même de ces actions, nous savons cependant que le mode de réaction des tissus en général et, dans l'espèce, des tissus de la région gingivo-dentaire. en présence des agents pathologiques, est modifié dans un sens défavorable. Que ce soit par des changements, des variations des propriétés du protoplasma, ou par des troubles de nutrition, lésions vasculaires ou sanguines, lésions trophiques, c'est-à-dire sous la dépendance de troubles du système nerveux, ou disparition des moyens habituels de défense de l'organisme, peu importe ; la résistance des tissus est diminuée ; le terrain est affaibli, son mode de réaction vis-à-vis des influences extérieures n'est plus le même qu'à l'état normal.

Enfin, il est une particularité dont l'importance est capitale et sur laquelle j'ai insisté à plusieurs reprises depuis 1898, c'est à savoir que la région gingivo-dentaire est tout entière située dans la cavité buccale, dont on connaît la richesse au point de vue de la flore et même peut-on ajouter, de la faune parasitaire ; l'équilibre biologique qui y règne à l'état normal peut être rompu pour une cause quelconque ; la virulence des microorganismes peut être exaltée, les moyens de défense habituels impuissants et, dès lors, intervient l'action des causes qui, dans l'état actuel de nos connaissances, doivent être regardées comme les causes vraiment efficientes de la pyorrhée, les autres n'étant, en quelque sorte, que des causes prédisposantes. L'irritation mécanique résultant du séjour constant au niveau du rebord alvéolaire *ou*, plutôt *contre* ce rebord, du *détritus* constitué par des corps étrangers n'est lui-même qu'une cause secondaire : la cause vraie de la suppuration alvéolo-dentaire est l'action des espèces aérobies ou anaérobies sur les tissus de la région. Il nous est actuellement impossible de dire quelles espèces deviennent prédominantes ; il est probable, mais probable seulement, que les micro-organismes ordinairement pyogènes jouent le rôle principal dans ces infections ; mais nous ne savons rien de précis ni sur les modifications produites par les différents états constitutionnels, dans les qualités des milieux de culture que constituent les tissus gingivo-dentaires ; ni sur le rôle des différentes espèces aérobies ou anaérobies, suivant les diverses formes de pyorrhée en rapport avec la variabilité des causes elles-mêmes.

On a dit et répété et je l'avais moi-même écrit : il n'y a pas *une* pyorrhée, il y a des pyorrhéiques. Il serait plus juste encore de dire : il y a des pyorrhées et même cela n'est pas conforme à la pleine réalité clinique. C'est par un abus de langage, une altération du sens juste des mots qu'on est arrivé à dire d'un malade, qu'il a *un* phlegmon ; au vrai, il fait *du* phlegmon. De même, un malade, pour quelque cause que ce soit, fait *de la* pyorrhée à un moment donné ; il n'est vraiment un pyorrhéique, dirais-je volontiers, que du jour où les conséquences de la pyorrhée se font sentir sur son organisme.

Si l'on se reporte à l'énumération des causes auxquelles on a rattaché l'existence de la pyorrhée, on voit que la liste n'est pas loin de comprendre toute la pathologie. La pyorrhée est l'aboutissant de tous les états pathologiques qui affaiblissent la réaction des tissus péridentaires en face des actions venues de l'extérieur ou de l'organisme lui-même. On pourrait vraiment dire qu'à un certain âge, tout individu est un pyorrhéique en puissance ; survenant aussi à un certain âge, je ne dis pas dans la vieillesse, toute pyorrhée doit éveiller l'idée d'un état constitutionnel, d'un trouble quelconque de l'état général (les pyorrhées d'origine locale sont plus souvent l'apanage de la jeunesse ou, du moins, d'un âge peu avancé). Un jour viendra où le stomatologiste tirera de l'état de la région gingivo-dentaire des renseignements et des indications aussi importants, aussi exacts peut-être que le praticien de médecine générale en retire aujourd'hui de l'état du pouls. En attendant, force nous est bien de reconnaître que nous sommes encore très loin de ce moment. Les caractères objectifs des lésions gingivo-dentaires ne nous fournissent que des renseignements à peu près nuls sur la cause probable de la pyorrhée. Au point de vue anatomo-pathologique, si l'on peut établir une classification des gingivites accompagnées

(1) Bourgoin. — La maison coloniale moderne. (*Revue générale des sciences*, 1907.)

(2) Même en Europe et aux Etats-Unis, il y a des édifices pourvus d'installations frigorifiques destinées à y rafraîchir l'air pendant les journées les plus chaudes de l'année : ainsi les bureaux de la Hannover National Bank et la salle à manger de l'hôtel Astor à New-York, quelques salles de l'Auditorium Annexe Hôtel à Chicago, le Bureau central des téléphones à Hambourg. (Voir Linde, conférence au 1er congrès international du froid, comptes rendus des travaux, tome I, pages 142 et suiv.)

(3) Je signale incidemment que l'aménagement de pareilles installations à bord des paquebots rendrait plus tolérables certaines traversées comme celle de la mer Rouge durant les mois d'été, qui sont à juste titre redoutées des voyageurs.

(4) J'ai constaté au congrès de Vienne un certain étonnement de ce que les Français n'aient encore rien fait à ce sujet dans leurs colonies. Des questions m'ont été posées soit dans les délibérations des sections, soit dans des conversations particulières.

de pyorrhée proprement dite, au point de vue clinique, il me paraît inutile encore de tenter quoi que ce soit dans cette voie. Qu'on veuille bien comprendre cette affirmation qui peut paraître un peu absolue : si le clinicien expérimenté peut soupçonner l'existence de tel on tel état constitutionnel chez un pyorrhéique donné, sur le vu de l'état de la région gingivo-dentaire, jusqu'à présent, du moins, je le crois, on n'a pas encore décrit les caractères objectifs spéciaux à chaque état pyorrhéique d'une façon assez précise pour permettre une tentative de diagnostic différentiel.

Au point de vue de la *marche* et de la *succession* des lésions pyorrhéiques, si nous voulons essayer de fixer, de préciser nos idées sur ce point de la pathogénie, voici les interprétations auxquelles nous pouvons nous arrêter :

1° L'affection débute au niveau de la gencive ; il y a production d'une gingivite due à l'action des espèces microbiennes plus virulentes qu'à l'état normal sur un terrain dont la résistance est amoindrie : lésions de la gencive amenant des modifications dans sa structure, sa coloration, sa résistance et surtout ses rapports anatomiques ; relâchement, décollement du collet : propagation de l'inflammation au ligament alvéolaire ; destruction du ligament, des alvéoles, perte des moyens de fixité et chute des dents. Question accessoire : le tartre est ou primitif, amenant l'état inflammatoire de la gencive, ou secondaire.

Les pyorrhées qui ressortissent à ce mécanisme peuvent être d'origine purement locale ; mais elles sont plus souvent encore dues à des causes générales ;

2° Les lésions débutent dans l'intérieur même de l'articulation. Dans une première hypothèse, et c'est l'interprétation que nous avons proposée pour les pyorrhées d'origine rhumatismale, les phénomènes fluxionnaires arthro-dentaires sont primitifs ; ils peuvent se propager ensuite à la gencive et produire le décollement cervical nécessaire pour mettre l'articulation en communication avec la cavité buccale ; les microorganismes envahissent le ligament, y trouvant un terrain favorable à leur développement, par suite des modifications circulatoires qui sont la conséquence de la poussée rhumatismale aiguë, d'où suppuration du ligament, des alvéoles, etc.

Le même mécanisme peut être invoqué dans la goutte (Pierce) ; les calculs séreux sont déposés au voisinage de la pointe des racines, dans l'espace périapical de Black ; par leur action mécanique, ils y déterminent des phénomènes fluxionnaires qui se propagent aux tissus voisins ; la suppuration est, ici encore, secondaire ;

3° Même début intra-articulaire, soit par dépôts de corps étrangers, soit par lésions vasculaires primitives entraînant la production d'œdème, ou de troubles de la circulation diminuant l'apport du sang ; d'où diminution de la diapédèse et insuffisance des substances bactériotropiques. Les micro-organismes apportés par le courant sanguin sont la cause d'une suppuration intra-articulaire primitive, ainsi que le démontre, en certains cas, l'intégrité relative de la gencive sur une certaine hauteur à partir du collet : destruction des tissus fixateurs des dents et, enfin, propagation à la gencive, qui se décolle de dedans en dehors et apparition de la pyorrhée ;

4° Dans les formes qui débutent par l'alvéole proprement dite, qu'il s'agisse de causes locales (surcharge, troubles de l'occlusion, atrophie précoce, etc.) ou générales (maladies du système nerveux), les lésions débutent de même à l'intérieur des articulations et demeurent souvent très longtemps intra-articulaires (formes sèches). La suppuration secondaire peut même manquer tout à fait ;

5° Enfin, il me paraît exister des formes que l'on peut appeler mixtes, où il semble que le mécanisme est double : cliniquement, elles sont caractérisées par la présence d'une lésion gingivale plus ou moins marquée (simple retrait en croissant, gingivite superficielle avec simple liseré, gingivite marginale purulente, mais avec suppuration localisée et décollement peu accentué) ; mobilité des dents constatée seulement par un examen approfondi : pendant longtemps, pas de pyorrhée vraie, c'est-à-dire pas d'écoulement du pus provoqué par la pression du doigt au niveau de l'apex et le long de la région profonde des racines. En pareil cas, les choses se passent comme si, à la suite des lésions gingivales, il se produisait des névrites périphériques ascendantes qui, par action réflexe, agiraient sur le système nerveux trophique ou vaso-moteur des tissus arthro-dentaires profondément situés, pour y déterminer, dans le tissu osseux, les lésions atrophiques qui sont analogues, sinon identiques à ce que l'on nomme l'ostéoporose : et dans le ligament, des troubles de la circulation, avec ou sans lésions des parois vasculaires. Au début, tout au moins, il y aurait deux foyers morbides : dans le foyer profond, la suppuration peut être secondaire ou primitive.

En résumé, il y a des formes *à début extra-articulaire* et *à début intra-articulaire, de cause exogène* ou *endogène* (Endelmann, Fourquet) et dont la *marche*, ainsi que je viens de l'exposer, peut être *centripète* ou *centrifuge* et des *formes mixtes*. Si l'on veut une *définition*, en voici une que je proposerais volontiers, provisoirement : les états pyorrhéiques sont des états pathologiques chroniques de la région gingivo-dentaire caractérisés par la destruction progressive des tissus fixateurs des dents, l'apparition presque constante de suppuration, à marche centripète ou centrifuge, et qui sont dus à des causes locales ou constitutionnelles affaiblissant la résistance des tissus et favorisant l'infection locale. Ils aboutissent à la chute des dents et peuvent être accompagnés ou suivis de complications générales et de septicémies chroniques.

Les pyorrhées ont pour *conséquences* d'amener la mobilité et l'expulsion prématurée des dents ; d'autres conséquences locales peuvent en résulter, de gravité plus ou moins considérable. Mais, fait bien plus important peut-être, elles sont souvent la cause de conséquences générales, septicémies, troubles digestifs, cardio-vasculaires et même, pour certains observateurs, elles joueraient un rôle dans l'apparition de certaines diathèses, du diabète, etc. Les complications sont directement dues à l'existence et à la persistance de la suppuration, dont les produits pénètrent dans l'organisme par la voie digestive ou sanguine et, en tout cas, sont charriés ensuite par le torrent circulatoire. *La gravité du pronostic des états pyorrhéiques tient donc à la présence du pus* ; quand la suppuration est tarie, la marche locale de la maladie est sinon arrêtée, du moins retardée et les phénomènes généraux s'amendent, ou même disparaissent pour ne plus se reproduire.

Est-il utile, maintenant, de nous poser la question classique : la pyorrhée est-elle une maladie locale ou une maladie générale ? Je crois que non ; je dirai même plus, elle me paraît surannée. Ce n'est, à s'en tenir au sens strict des mots, ni une affection locale, ni une affection générale. C'est à la fois l'une et l'autre ; les états pyorrhéiques ont des symptômes locaux et généraux, des causes locales et générales, des conséquences locales et sur l'organisme tout entier. Le traitement doit être, à la fois, local et général ; il est juste de dire que, jusqu'à présent, le traitement local a plus spécialement attiré et retenu notre attention. Mais, que la thérapeutique générale nous en donne les moyens et, nous en avons la conviction, nous obtiendrons, en associant les deux méthodes, des résultats surprenants. Certains auteurs vont jusqu'à prétendre que le traitement général pourra et même peut suffire ; c'est là une exagération qui ne peut que compromettre la thèse de la nécessité du traitement de l'état constitutionnel.

Peu importent, d'ailleurs, les théories : c'est aux faits qu'il faut nous adresser et résoiment. Quand l'expérimentation et l'observation clinique nous en auront fourni un nombre suffisamment considérable, il sera bon de les étudier à la lumière des théories, en nous tenant au courant des acquisitions de la pathologie générale ; nous devons maintenir et étendre notre culture professionnelle. Actuellement, nous connaissons des pyorrhées : elles ont des relations avec des états locaux ou constitutionnels. Cliniquement, nous ne pouvons encore décrire l'allure spéciale à chaque forme de pyorrhée ; de même que nous ne savons pas diagnostiquer la tuberculose d'origine diabétique de par ses seuls caractères particuliers objectifs, de même nous ne pouvons établir le diagnostic étiologique des pyorrhées que par l'existence des symptômes concomitants des maladies causales et, pourtant, ce diagnostic doit être rigoureusement établi, si nous voulons intervenir judicieusement. D'un autre côté, nous ne savons que diminuer ou pallier les conséquences locales des pyorrhées par le traitement chirurgical ou en faisant appel à toutes les ressources qui nous sont fournies par les procédés empruntés aux nombreuses et ingénieuses méthodes de la prothèse. De là découle nettement la nécessité pour nous d'augmenter chaque jour notre instruction médicale et de perfectionner sans cesse notre éducation technique.

REVUE D'HYDROLOGIE

Les contre-indications et les indications de l'hydrothérapie, par M. le Dr Paul Attimont.

Contre-Indications Générales. — S'il est possible de donner quelques notions utiles pour éviter insuccès ou accidents en hydrothérapie, il faut bien dire que beaucoup de contre-indications, généralement admises, n'ont rien d'absolu. L'âge très avancé en est-il une ? Il va de soi que la vieillesse n'est pas due à l'âge mais à l'usure des organes et que par là-même, c'est bien plutôt la valeur des uns que l'avancement de l'autre qui doit guider dans l'acceptation ou le rejet d'un sujet. Toutefois, il est bien certain que la plupart des chroniques sont vieux avant l'âge. Aussi la question revient-elle à passer en revue les états organiques où la *réaction*, au lieu d'être utile et nécessaire, pourrait devenir dangereuse.

Cardiopathies. — Les aortites et insuffisances réclament évidemment la plus extrême réserve et vis-à-vis d'elles l'on ne doit employer que des procédés doux et tempérés ; il en est de même des lésions mitrales compensées. Cependant, une interdiction complète de l'hydrothérapie médicale ne saurait être faite aux sujets souffrants de ces affections ; on se souvient, en effet, combien les bains carbo-gazeux ont été prônés par Huchard en tant qu'abaissant la tension artérielle ; c'est actuellement l'un des succès de Royat. Bien maniée, la douche tiède n'offre, elle non plus, aucun inconvénient. Les malades atteints d'anévrisme, coronarite, asystolie n'ont au contraire rien à gagner, quel que soit le procédé hydrothérapique employé.

Affections pulmonaires. — Naturellement l'hydrothérapie n'offre aucune ressource aux phtisiques avancés et aux granuliques. Par contre, la plupart des autres maladies chroniques et

les affections aiguës nous fournissent de nombreuses indications.

Affections des reins. — Dubois donne comme contre-indications les néphrites avancées avec œdème et menace d'urémie. Ce sont là d'ailleurs, des cas extrêmes qui ne peuvent prêter à discussion.

Affections génito-urinaires. — L'hydrothérapie envisagée pendant la grossesse et la période menstruelle offre infiniment plus d'intérêt. La grossesse ne comporte guère que des contre-indications relatives dans le choix des moyens employés; il est plus difficile, par contre, d'en préciser l'importance vis-à-vis de la période cataméniale. Voici, à ce sujet, l'avis émis par M. Pariset : « En général, on peut établir les prescriptions suivantes : quand le traitement hydrothérapique est commencé, l'arrivée des règles, lorsque celles-ci sont habituellement normales, ne doit pas l'interrompre ; on doit simplement en tenir compte pour ne pas en troubler le cours. Il est préférable de choisir pour commencer un traitement hydrothérapique, un autre moment que celui des règles. On pourra cependant, lorsque les malades ne disposent que d'un nombre de jours assez restreint, commencer le quatrième jour, quand le flux de sang devient moins abondant. Il faut combattre l'absurdité du préjugé qui interdit aux femmes le contact de l'eau pendant leurs règles. Houzel, de Boulogne-sur-Mer, a montré dans une statistique très intéressante, que les pêcheuses, habituées à aller à la mer, pendant leurs règles, ne présentaient aucun trouble menstruel. »

Indications de l'Hydrothérapie. — Les affections justiciables de l'hydrothérapie sont si nombreuses que, pour en faire une étude générale, même très abrégée, il serait nécessaire de passer en revue presque toute la pathologie interne et externe ; tel ne peut être notre but. Aussi laisserons-nous de côté l'hydrothérapie dans les maladies aiguës : chacun sait pourtant quel rôle prépondérant elle peut avoir à côté des autres moyens thérapeutiques. La balnéation, les lotions, les enveloppements, rarement chauds, ordinairement tièdes ou froids, rendent des services inappréciables dans la dothiénentérie, les fièvres éruptives, les affections aiguës des voies respiratoires, le rhumatisme cérébral : chaque praticien sait de quelle arme puissante il dispose pour combattre ainsi l'hyperthermie, l'ataxo-adynamie, les accidents délirants, etc. Il est donc bien certain que, dans nombre de maladies aiguës, l'hydrothérapie peut être, tour à tour, décongestionnante, sédative ou tonique. Sandoz, tout dernièrement encore, insistait sur les avantages que l'on peut retirer de l'emploi du maillot humide (indications et mode d'application), non seulement dans certains cas aigus, mais même dans certaines affections chroniques.

Si dans tous les cas aigus, le traitement par l'eau peut et doit être appliqué par le médecin traitant, il lui est rarement loisible d'en agir ainsi, surtout d'une façon suivie, en ce qui concerne les maladies chroniques ; aussi se trouve-t-il souvent heureux d'avoir à sa portée des installations spéciales où soins et traitement ont lieu sous une surveillance médicale: en cela réside, du reste, leur raison d'être.

L'examen de chaque appareil sera certes le plan le plus simple, bien que d'une énumération un peu sèche.

Passons donc rapidement sur l'appareil respiratoire qui — les affections aiguës déjà envisagées mises de côté — n'offre plus d'intérêt qu'au point de vue des insuffisances respiratoires. On peut discuter l'emploi d'applications sédatives ou excitantes dans certaines dystrophies par lymphatisme ou obstruction naso-pharyngée, dans les troubles nerveux occasionnés par l'asthme ou quelques formes d'emphysème.

Quant à l'appareil circulatoire, nous savons avec quelle prudence, quelle réserve et encore pour certains cas très spéciaux (hypertension), on doit faire appel aux moyens hydrothérapiques. Cette réserve se change en indication formelle dans quelques maladies du sang. Nul n'ignore combien les douches tièdes et chaudes, courtes et avec insistance sur les membres inférieurs donnent de merveilleux résultats chez les chlorotiques et les anémiques : c'est, sans conteste, l'un des triomphes de l'hydrothérapie. Certaines anémies secondaires (par le paludisme) trouvent également par ces moyens, de très réelles améliorations.

Les maladies des reins et des organes génitaux chez l'homme ou chez la femme ne nous arrêteront pas non plus bien longtemps ; toutefois, il nous semble nécessaire de citer les spermatorrhées, l'impuissance, les troubles de la menstruation, diverses affections utérines, inflammatoires ou congestives, toutes maladies qui peuvent être amendées et même guéries par l'hydrothérapie, d'autant plus facilement que leurs relations avec le système nerveux et l'état de la nutrition sont souvent évidentes.

Les procédés thérapeutiques de l'hydrothérapie jouent un rôle important dans les affections du tube digestif : les nombreux malades qui vont, chaque année, demander leur guérison par ces moyens aux grandes stations thermales connues sous le nom de *capitales* du ventre, de l'estomac ou du foie, en sont une preuve indiscutable.

L'eau chaude contre les phénomènes douloureux ou hypersthéniques, les effets excito-moteurs de l'eau froide contre l'atonie, les actions multiples sur les troubles nerveux et dyspeptiques : troubles moteurs, troubles sécrétoires, spasmes, vertiges, nausées ; les combinaisons variées et efficaces qu'on peut obtenir soit par le massage que fait la douche, soit par les massages manuels sous l'eau employés à Vichy, nous montrent de quelles ressources variées et efficaces dispose l'hydrothérapeute pour guérir ou soulager les intestins, l'estomac et le foie de tous ces miséreux chroniques dont beaucoup ne viennent demander leur amélioration à ces puissants moyens physiques qu'après avoir en vain épuisé toutes les drogues et reconnu l'inanité de tous les prospectus.

Le pouvoir catalytique des eaux de Vichy, par M. le docteur Glénard, de Vichy. (Thèse.)

La recherche du pouvoir catalytique des eaux minérales sur l'eau oxygénée, constitue une précieuse méthode d'investigation en hydrologie.

Les eaux de Vichy, examinées quelques minutes après leur émergence, décomposent l'eau oxygénée d'une manière constante pour chacune des sources, mais très différente de l'une à l'autre. Ainsi notamment, l'eau de l'Hôpital et celle de la Grande Grille décomposent l'eau oxygénée, la première plus que la seconde, tandis que l'eau des Célestins n'a pour ainsi dire aucune action sur elle.

Ce pouvoir catalytique est lié à l'existence de colloïdes dans ces eaux.

Ces colloïdes, sur la nature desquels nous n'avions aucun renseignement, sont dus à la fine précipitation de l'oxyde de fer, qui suit le dégagement d'acide carbonique à l'émergence.

Le pouvoir catalytique des eaux de Vichy, en même temps que les colloïdes dont il provient, ne sont pas une propriété permanente de ces eaux, comme on pouvait le croire, mais ont une existence essentiellement temporaire, dont l'histoire est parallèle à la présence de l'oxyde de fer dans ces eaux.

Absents de l'eau avant son arrivée à l'air libre, alors que le fer s'y trouve dissous à l'état de carbonate de fer, les colloïdes subissent, aussitôt après l'émergence, un développement maximum, pour décroître si rapidement ensuite, que, dès le troisième jour, ils ont presque complètement disparu, tandis que l'oxyde de fer s'est précipité sur les parois du récipient.

L'eau de Vichy embouteillée ne présente pour ainsi dire aucune action décomposante sur l'eau oxygénée.

Si l'on fait bouillir l'eau de Vichy embouteillée, l'ébullition développe en elle un pouvoir catalytique considérable et persistant. Ce phénomène est dû, sans doute, à ce que l'ébullition chasse de nouvelles quantités d'acide carbonique, dont l'existence dans cette eau maintenait encore du fer à l'état de dissolution.

C'est là une nouvelle constatation qui permettra d'étudier, loin des sources, le pouvoir catalytique des eaux de Vichy, au double point de vue physiologique et thérapeutique.

Aucune raison probante ne permet encore de dire quel est le rôle joué par les colloïdes dans l'efficacité thérapeutique de ces eaux.

Dans l'état actuel de nos connaissances, l'intervention dans cette action d'une substance banale comme est l'oxyde de fer, n'est pas jusque-ici démontrée, mais rien ne s'oppose à ce qu'un jour, elle puisse le devenir.

CARNET DU PRATICIEN

Prophylaxie des accidents consécutifs aux injections de cocaïne

Avant de procéder à une anesthésie locale par injection de cocaïne, administrer au malade quinze gouttes de laudanum dans 200 grammes d'infusion de café, une demi-heure avant l'intervention. Ce mélange provoque une réaction opposée à celle produite par la cocaïne, cette dernière déterminant quelquefois, comme on le sait, une vaso-constriction des vaisseaux du bulbe s'accompagnant de symptômes alarmants.

Au moment de l'intervention, le malade, grâce à ce breuvage, se présente avec un visage fortement coloré ; la cocaïne fait rétrocéder cette vaso-dilatation et à la fin de l'opération le sujet présente un teint normal : il n'y a plus menace de syncope même si le patient est obligé de marcher. Des doses de cocaïne de 0 gr. 05 et 0 gr. 06 en solution fraîchement préparée à 1 p. 100 sont parfaitement supportées.

Crust.

Eczéma du cuir chevelu

Couper les cheveux ras et enlever les croûtes en appliquant des compresses humides recouvertes de taffetas ciré. On peut les ramollir, au préalable, avec de l'huile.

Dans l'eczéma aigu, suintant : pulvérisations et enveloppements chauds, émollients. L'inflammation disparue, appliquer :

Naphtol	1 à 4 grammes
Huile de foie de morue...	50 —
Huile d'amandes douces...	50 —

Dans les formes chroniques, pommade avec 5 à 15 parties de soufre pour 100 gr. de vaseline.

Dans l'eczéma ancien :

Huile de cade............	2 à 40 grammes
Extrait de Panama........	Q.s.p. émulsionner
Glycérolé d'amidon.......	50 grammes

Thibierge.

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 17.500 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 35, rue J.-J. Rousseau

Le Gérant : Docteur Lucien Graux.

ÉCHOS

Congrès de l'éducation physique.

Ce Congrès, placé sous le haut patronage de MM. Fallières et Loubet, sera tenu à Paris en 1913. Les présidents d'honneur sont :

MM. Bourgeois, sénateur, ancien président du Conseil; le Dr Chantemesse, professeur à la Faculté de médecine, inspecteur général de l'hygiène, membre de l'Académie de médecine; Hébrard de Villeneuve, conseiller d'Etat, président de l'Académie des sports; le Dr Lachaud, député; le Dr Landouzy, doyen de la Faculté de médecine; Liard, vice-recteur de l'Académie de Paris, membre de l'Institnt; Mérillon, avocat général à la Cour de Cassation, président de l'Union des sociétés de tir; Ribot, sénateur, ancien président du Conseil, membre de l'Institnt; le Dr Roux, directeur de l'Institut Pasteur, membre de l'Académie de médecine et de l'Institut; Siegfried, député, ancien ministre.

Le Congrès de l'éducation physique comprendra six sections :

1° *Physiologie des exercices physiques.* — Président : M. le Dr Paul Richer, membre de l'Institnt et de l'Académie de médecine.

2° *Cinésithérapie.* — Président : M. le Dr Lucas-Championnière, chirurgien honoraire de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine.

3° *Education physique scolaire.* — Président : M. le Dr Mathieu, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

4° *Préparation militaire et gymnastique militaire.* — Président : M. le Dr Chapuis, sénateur de Meurthe-et-Moselle.

5° *Jeux et sports.* — Président : M. le président du Comité national des sports pour 1913.

6° *Tourisme et alpinisme.* — Président : M. Ballif, président du Touring-Club de France.

VIe Congrès belge de Neurologie et de Psychiatrie.

Ce Congrès aura lieu à Bruges le 30 septembre et le 1er octobre 1911.

Bureau du Congrès. Présidents . Dr Crocq, président de la Société de Neurologie; Dr Deroubaix, président de la Société de médecine mentale. — Vice-présidents : Prof. Brachet, vice-président de la Société de Neurologie; Dr Beesau, vice-président de la Société de médecine mentale. — Secrétaires : Dr d'Hollander, secrétaire de la Société de médecine mentale; Dr Boulenger, secrétaire de la Société de Neurologie; Dr Thooris (de Bruges).

Questions mises à l'ordre du jour : I. Anatomie : Prof. Brachet (de Bruxelles). La signification morphologique des grands organes des sens de la tête.

II. Psychiatrie : Dr Geerts (de Bruxelles). Les états anxieux.

III. Psychologie : Dre Ley et Menzerath (de Bruxelles). L'étude expérimentale des associations d'idées dans les maladies mentales.

Indépendamment des questions mises à l'ordre du jour, les adhérents peuvent faire des communications diverses sur un sujet quelconque de neurologie ou de psychiatrie.

Pour s'inscrire, envoyer son adhésion et un mandat de 10 francs à M. le Dr d'Hollander, médecin à l'asile d'aliénés de Mons.

Contre le choléra.

Sur l'avis de la section permanente du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, un décret prohibe l'entrée en France, par les frontières de terre et de mer, des mollusques (huîtres, moules, praires, etc.), en provenance des régions contaminées de choléra.

Les infractions seront constatées et poursuivies, conformément aux prescriptions de l'article 14 de la loi du 3 mars 1822.

Ecole principale du service de santé de la marine.

Les étudiants en médecine et en pharmacie dont les noms suivent ont été admis, après concours, à l'école principale du service de santé de la marine à Bordeaux.

Ligne médicale. — Moulinas, Brugeas, Clavier, Souchard, Bars, Vaucel, Cousyn, Silvestre, Fournier, Carpentier, Monnier, Chabaud, Bizien, Dréan, Calandreau, Guillemard, Petiteau, Tacheron, Miguet, Pierre, Rabasté, Gauthier, Agard-Laroche, Pandellé, Augé, Manon, Olive, Lhnerre, Lacaze, Colin, Leissen, Coliboeuf, Paoletti, Chatrieux, Bourdila, Pascal, Triaud, Roux, Thirion, Tardy, Tramini, Fabre, Cumin, Kervella, Lapauze.

Ligue pharmaceutique. — Merlin, Ferré, Kérusoré.

Ont été nommés élèves du service de santé de la marine et devront être rendus à Bordeaux le 20 octobre 1911 :

A. — Les jeunes gens admis à la suite du concours de 1910 et qui doivent terminer le 1er octobre 1911, leur année de service militaire, savoir :

Ligue médicale. — Baixe, Le Vilain, Marquand, Bernardin, Morin (A), Delfini, Masselin, Puel, Eschenbrenner, Lachaume, Planteau, Simon, Arrighi, Viéron, Blanchot, Arnoult, Capéran, Vogel, Hardy, de Fajole, Labeyliès, Le Coty, Fabry, Mercier, Adelus, Maudet, Bertrou, Gascougnolles, Alinat, Godillon, Laffon, Paris, Roussel, Rouquet, Gouriou, Morin (P.), Mury, Naudin, Tassy, Le Goffic, Clouet, Peyronnet de la Fourelle, Ponsan, Chastang, Bonyer, Jeandeau, Loyer.

Ligne pharmaceutique. — Boucher, Bouffard, Cordier, Rey.

B. — Les étudiants en médecine du concours de 1911, désignés ci-après, qui ont déjà satisfait à leurs obligations militaires :

Sonchard, Augé.

Congrès international de gynécologie.

Le Congrès international de gynécologie de Saint-Pétersbourg en 1910 a désigné Berlin comme lieu de sa prochaine réunion en 1912 et M. E. Bnmm comme son président. Un Comité d'organisation composé de MM. Doderlein, Mangiagalli, A. Martin et V. Ott est adjoint à M. Bumm. Le secrétaire général est le Dr E. Martin, 18, Artilleriestrasse, à Berlin. La Société allemande de gynécologie dans sa dernière réunion à Munich, a accepté l'invitation à participer à ce Congrès et a promis son concours. Le Comité d'organisation a fixé la durée du Congrès du 29 au 31 mai à Berlin. On a choisi comme question à l'ordre du jour la péritonisation. D'autres travaux sont en préparation. Toutes les Sociétés gynécologiques nationales ont déjà adhéré. La Société espère que les confrères spécialistes de tous les pays voudront bien répondre à son appel.

Anatomie pathologique.

Enseignement élémentaire de *Technique et diagnostic histologiques et hématologiques appliqués à la pratique médico-chirurgicale.*

Sous la direction de M. G. Roussy, agrégé, chef des travaux, MM. Aubertin et Ameuille, préparateurs, feront une série de 20 démonstrations d'histologie pathologique et d'hématologie, au laboratoire de la salle Gombault (escalier B, 3e étage), à partir du 16 octobre 1911 : 1° Les démonstrations auront lieu tous les jours, sauf le dimanche, de 2 h. 1/2 à 3 h. 1/2. Des coupes ayant trait au sujet de la démonstration seront remises à chaque auditeur, qui les colorera et les conservera; leur diagnostic sera ensuite discuté; 2° le laboratoire restera ouvert tout l'après-midi, pendant la durée du cours.

Programme des démonstrations. — I, II et III. Technique : fixation, inclusion, à la paraffine, colorations usuelles. Coupes à congélation. — IV. Inflammation aiguë et chronique en général. — V. Tuberculose et syphilis. VI. Tumeurs épithéliales pavimenteuses. — VII. Tumeurs épithéliales cylindriques et glandulaires. — VIII. Tumeurs conjonctives bénignes. — IX. Tumeurs conjonctives malignes. Tumeurs mixtes. — X. Sang : Numération. — XI. Sang : Coloration. — XII. Sang : Anémies et leucémies. — XIII. Cytologie des pleurésies et des méningites. — XIV. Tube digestif. — XV. Foie. — XVI. Reins. — XVII. Organes génito-urinaires. — XVIII. Appareil circulatoire et glandes closes. — XIX. Appareil respiratoire. — XX. Système nerveux.

Les microscopes et les réactifs sont fournis par le laboratoire, à l'exception des lames, lamelles et de l'alcool absolu.

Les auditeurs qui auront fait preuve d'assiduité pourront, s'ils le désirent, recevoir un certificat à la fin de la série des conférences.

Le droit à verser est de 50 francs. Le nombre des auditeurs est limité.

Légalisation et certification de signatures.

Le *Répertoire de médecine* signale ce fait que le Dr Paul Boudin a demandé au ministre de la Justice de lui faire savoir « *quelle est l'autorité compétente qui ne peut se refuser à légaliser la signature d'un médecin* apposée au bas d'un certificat, lorsque cette signature est connue d'elle ».

De la réponse qui lui fut donnée, voici les parties essentielles :

« Il faut distinguer la *légalisation*, c'est-à-dire l'attribution de force légale à l'acte qui en est revêtu, de la *certification* qui n'a pour but que d'attester la sincérité d'une signature privée.

« Les agents légalisateurs sont, en droit commun, les présidents des tribunaux et les maires, mais le commissaire de police du quartier et le maire de l'arrondissement sont en droit de refuser de légaliser l'acte sous seing-privé qui leur est présenté et qui ne concerne que des intérêts privés. Les commissaires de police et les officiers municipaux n'ont qualité pour légaliser des signatures que dans les cas exceptionnels où l'acte soumis à leur contre-seing est destiné à être produit en justice.

« Les agents certificateurs sont les maires et les commissaires de police... » Mais les maires peuvent refuser ou accorder la certification « selon les circonstances » quand ils craignent d'être trompés.

« A Paris, les commissaires de police, interprétant littéralement une circulaire de 1900 de M. le Préfet de la Seine, refusent de certifier les actes qui ne sont pas destinés à être produits en justice ou devant l'administration. En l'état actuel de la législation, ils ne sauraient être contraints de le faire. »

Les dépôts de liquides inflammables.

Le Conseil d'hygiène de la Seine vient de résoudre par l'affirmative la question suivante qui lui avait été posée par le préfet de police, à la suite d'incendies ou d'explosions survenus dans Paris au cours des derniers mois : « Est-il nécessaire d'imposer aux dépôts de produits chimiques et pharmaceutiques une réglementation qui leur serait propre, et tiendrait compte de la nature et de la diversité des produits emmagasinés ? »

Sur le rapport de M. Lindet, le Conseil a émis l'avis qu'on devrait classer spécialement les dépôts de liquides susceptibles de prendre feu au-dessous de 35° quand ils sont emmagasinés à côté de substances facilement combustibles, explosives, ou pouvant dégager des gaz combustibles ou comburants. Les dépôts contenant plus de 1.000 litres seraient classés en 1re catégorie, ceux contenant de 100 à 1.000 litres en 2e catégorie, ceux contenant de 20 à 100 litres en 3e catégorie. La commission pense qu'il y aurait lien en outre :

1° Dans le cas où ces divers produits seraient réunis dans le même magasin ou dans des pièces contiguës étant en communication directe, de localiser dans des points différents les liquides inflammables, les substances comburantes;

2° De placer les liquides inflammables dans une armoire métallique ou mieux encore dans un local isolé, construit en matériaux incombustibles, bien ventilé, à sol disposé en cuvette, avec porte en fer ou doublée de tôle, ne comportant pas d'éclairage artificiel;

3° D'interdire le dépôt, dans les sous-sols, de tontes matières inflammables;

4° D'interdire tous transvasements et manipulations de liquides inflammables, qui devront être reçus de l'usine dans des bidons métalliques, bonteille, on flacons, de la capacité agréée d'ordinaire par la clientèle.

Les odeurs de Paris.

On se plaint depuis bien longtemps des mauvaises odeurs qui, certains soirs, l'été surtout, empoisonnent Paris et le Conseil d'hygiène s'est souvent occupé des moyens d'empêcher cette infection périodique. Les plaintes se sont reproduites ces dernières semaines et le Conseil d'hygiène, à la demande du préfet de police, a repris son étude. Au cours de la dernière réunion du Conseil, M. Henriot, qui avait été chargé, avec M. Schlœsing, Armand Gautier, Jungfleisch, Haller, Léon Lindet et Paul Adam, de présenter un rapport sur la question, a donné lecture d'un travail d'où il résulte que les mauvaises odeurs qui se sont répandues dans Paris au moment des grandes chaleurs tiennent à des causes générales et ne doivent pas être attribuées uniquement aux établissements industriels de la banlieue.

M. Léon Lindet a lu ensuite une étude très documentée sur les usines (fabriques de superphosphates, de phosphoguanos, d'engrais utilisant les matières de vidange, de sulfate d'ammoniaque, clos d'équarrissage, etc.), qui contribuent pour une grande part à la production des odeurs que les vents d'est et de nord-est rabattent sur Paris. Le rapporteur a indiqué les nouvelles prescriptions qu'il y aurait lieu d'imposer pour atténuer dans la mesure du possible les émanations malodorantes de ces établissements.

Cette étude sera continuée par la commission pour toutes les catégories d'établissements qui peuvent répandre des odeurs.

Le Conseil d'hygiène a adopté les conclusions du rapport de M. Heuriot. Mais en raison de son importance, il a renvoyé à sa prochaine séance l'examen de celui de M. Léon Lindet.

Préservation des fourrures et des vêtements de laine.

M. le professeur G. Guérin, de l'Ecole de pharmacie de Nancy, recommande le thymol pulvérisé comme étant le meilleur agent préservateur des fourrures et des lainages contre les mites.

Il suffit de saupoudrer largement de thymol les objets à conserver et de les envelopper ensuite de papier ou de les enfermer dans des caisses étanches.

Le thymol qui est, chacun le sait, un antiseptique puissant, possède en outre l'avantage de désodoriser les vêtements qui ont été longtemps porté, et d'arrêter sur eux les fermentations putrides.

Coutumes antihygiéniques.

Certaines coutumes locales sont antihygiéniques. A Budapest, dans la meilleure société, une dame ne peut vous faire le plus grand honneur qu'en vous invitant à tremper vos lèvres dans son verre, après y avoir bu. Il paraîtrait que cette coutume existe aussi en Belgique. A Uccle et à Forest-les-Bruxelles, il est d'usage, dans certaines guinguettes, dans certains bals-musettes, que la servante, avant de poser le verre de bière devant le consommateur, y trempe ses lèvres plus ou moins fraîches, plus ou moins aseptiques. Il serait facile de retrouver ces habitudes galantes dans les estaminets de nos ports. Les marins, qui boivent tous au même robinet sur leurs navires, ne songent guère à l'hygiène.

82e Année (Série XIIIe) — N° 114 LE NUMÉRO : 25 CENTIMES Mercredi 4 Octobre 1911

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
9, Rue Denis-Poisson, PARIS
TÉLÉPHONE : 573-40

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale........ 15 fr.
Edition Espagnole .... 10 fr.
Edition Portugaise.... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —

CHANTEMESSE, Professeur d'Hygiène à la Faculté de Paris, Membre de l'Académie de Médecine
LANDOUZY, Doyen de la Faculté, Prof. de Clin. Médicale, Membre de l'Académie de Médecine
RECLUS, Professeur de Clinique chirurgicale, Membre de l'Académie de Médecine
RICHET, Professeur de Physiologie à la Faculté de Paris, Membre de l'Académie de Médecine
ALBERT ROBIN, Professeur de Clinique Thérapeutique, Membre de l'Académie de Médecine
BALZER, Médecin de l'Hôp. St-Louis, Memb. de l'Acad. de Méd.
BAZY, Chirurgien de l'Hôpital Beaujon
BEURNIER, Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis
CHASSEVANT, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
SEBILEAU, Professeur agrégé, Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière, Membre de l'Académie de Méd.
VAQUEZ, Professeur agrégé Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine
DESGREZ, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
MARIE, Médecin en chef de l'Hospice de Villejuif
MONPROFIT, Professeur à l'Ecole de Médecine d'Angers

DIRECTEUR :
Dr LUCIEN GRAUX
Lauréat de l'Institut
Hors concours, Membre du Jury
Exposition franco-britannique 1908
Vice Prés. Expos. Bruxelles Cl. 16
Ancienne *Gazette de Santé*
(139e Année)

ÉCHOS

Distinctions honorifiques.

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES. — *Médaille d'or* : M. le Dr Roussille, médecin aide-major de 1re classe; — *Médaille d'argent* : M. le Dr Cristiani, médecin major de 2e classe. — *Lettre de félicitation* : MM. Murie, Vielle, médecins majors de 1re classe; Trille, médecin major de 2e classe; Durhan, Audet, Vuillemot, Torresse, médecins aides-majors de 1re classe.

VIIe Congrès d'anthropologie criminelle.

Le septième Congrès d'anthropologie criminelle, qui se tiendra à Cologne du 9 au 13 octobre 1911, aura pour objet, suivant la tradition des précédents Congrès (Rome 1885, Paris 1889, Bruxelles 1892, Genève 1896, Amsterdam 1901, Turin 1906), l'étude scientifique de la criminalité chez l'homme dans ses rapports avec la biologie et avec la sociologie.

Un médecin victime du devoir professionnel.

On annonce la mort du Dr Vincent Griffon, qui vient de succomber, victime du dévonement professionnel, à Etel (Morbihan), où il était en villégiature. Le Dr Vincent Griffon était bien connu dans le monde scientifique de Paris, où la nouvelle de sa mort a produit une profonde émotion. Ancien interne des hôpitaux, médaille d'or de l'internat, il s'était fait particulièrement distinguer par son maître, le professeur Dieulafoy. Il fut à différentes reprises lauréat de l'Académie de Médecine et de l'Académie des sciences. Il avait été reçu, à l'âge de trente-deux ans, médecin des hôpitaux.

Conseiller municipal d'Etel, son village natal, le Dr Vincent Griffon, il y a peu de jours, était appelé à donner des soins à un pêcheur d'Etel atteint de pleurésie purulente. Il pratiqua une opération au conrs de laquelle, suppose-t-on, une goutte de pus resta sur sa main. Il se gratta sans doute le cou où il avait une égratignure : un phlegmon se déclara auquel il n'a pas tardé à succomber.

Un martyr de la Science.

La radiographie, c'est-à-dire le maniement des rayons Rœntgen, rend de très grands services et elle est pratiquée avec perfection : mais cette conquête de la science a pour rançon des accidents parfois graves provenant de brûlures subies par les praticiens. On nous annonce du Mans un cas douloureux de ce genre. Le Dr Boëteau, médecin des hospices civils du Mans, avait été, il y a quelques mois, atteint de brûlure grave à la main par les rayons X. Il dut se soumettre a une opération qui fut malheureusement suivie de plusieurs autres, rendues nécessaires par la destruction et l'émiettement des tissus, puis de la chair, et même des os. L'infortuné savant snpporta avec un rare stoïcisme ses souffrances, sur l'issue desquelles il ne se faisait pas d'illusions. Finalement, il dut s'aliter, tout travail lui étant devenu impossible et ses souffrances intolérables. La mort suivit rapidement. La Société de médecine de la Sarthe et la commission administrative des hospices du Mans avaient récemment demandé pour lui la croix de la Légion d'honneur.

La lutte contre le choléra.

Sur l'avis de la section permanente du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, un décret prohibé l'entrée en France, par les frontières de terre et de mer, des mollusques (huîtres, moules, praires, etc.), en provenance des régions contaminées de choléra.

Nos articles.

Nous rappelons que la reprodnction de nos articles est absolnment antorisée.

ÉCHOS

Les analyses du laboratoire municipal.

Le laboratoire municipal dont, il faut le rappeler, le rôle est essentiellement préventif, puisque c'est le laboratoire d'Etat qui est seul chargé de la répression des fraudes, a effectué pendant le mois d'août 1.692 analyses dont 309 demandées par le public.

Sur les 1.692 échantillons examinés, 381, soit 23,10 0/0, étaient falsifiés ou de mauvaise qualité. Les observations portent surtout sur les laits dont 26 0/0 étaient mauvais, sur les vins où la proportion est de 18 0/0, sur les eaux et glaces où elle atteint 34 0/0.

Portraits médicaux.

Dans un récent numéro du *Paris-Médical*, nous trouvons la description suivante de deux portraits de médecins exposés au Salon des Artistes français.

« Dès le seuil, nous apercevons la grande toile d'Henri Bénard, le *Docteur Bordas à son cours, au Collège de France.* C'est mieux qu'un sujet médical; c'est de la bonne peinture, c'est une toile qui se survivra en dehors même de la notoriété du modèle, peinture sobre et bien équilibrée et qui repose de tant de fantaisies recherchées et provoquantes. La scène à faire pour un portrait de savant ne varie guère; il faut le montrer au travail, dans son cadre habituel. Ici, une table, des éprouvettes, des ballons, des liquides colorés, le tout jeté dans une note précise avec quelques tons vifs sans recherche de ce clinquant de laboratoire qui dépasse si fréquemment la mesure. Quant au Dr Bordas, mis en place sans prétention, debout devant sa table, indifférent au monde extérieur et simplement attentif au développement de son expérience, c'est vers sa tête que monte et se fixe notre regard. Et cette tête est la partie la plus intéressante du tableau, elle s'enlève bien sur le fond; toutes les valeurs se balancent dans la mesure. En résumé, un bon portrait.

« La toile que le peintre Weerts consacre au Dr Lucien Graux est une petite toile fort bien encadrée; de la quadruple moulure du cadre et de tous les détails du portrait émerge quelque chose de précieux. Tout le monde connaît le talent du peintre Weerts, sa sûreté; c'est ce qui rend d'autant plus amusant son souci de ne rien laisser au hasard : la lumière n'a qu'à bien se tenir entre ses mains; d'une main ferme, il l'envoie frapper là où il faut, aux bons endroits, et ne lui permet pas de reflux enveloppants. Le Dr Graux est pris devant une cimaise garnie de tableaux; sa tête s'appuie à l'épaule d'un cheval obscur, et son attitude désinvolte, mains aux poches du pantalon, est tout à fait cavalière. S'il n'était coupé an-dessous des genoux peut-être verrions-nous ses éperons; apprécions en passant les masses sombres et verdissantes d'une redingote et d'un gilet par ailleurs impeccables, égayés d'une discrète chaîne d'or. Précieuse comme le reste, la barbe blondissante et célèbrons la clarté du front, l'assurance du regard. C'est un portrait bien venu, bien vivant, grâce à la surveillance des lumières qui ne s'accrochent qu'au front, aux pommettes et encore plus atténuée aux poignets. »

IVe Congrès international d'hygiène scolaire.

Le Comité américain, chargé de s'occuper de l'organisation du IVe Congrès international d'hygiène scolaire qui doit avoir lieu en 1913 à Buffalo vient de se constituer. M. le Dr Eliot, Président emeritus of Harvard University, en a accepté la présidence.

Bourses de doctorat.

L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu au siège de la Faculté de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie le vendredi 27 octobre 1911.

Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'académie dans laquelle ils résident. Les registres d'inscription seront clos le samedi 14 octobre à 4 heures.

En exécution des prescriptions de l'arrêté du 24 décembre 1891, les épreuves du concours consistent en compositions écrites.

Sont admis à concourir : 1° Les candidats pourvus de 4 inscriptions qui ont obtenu un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études P. C. N. et qui justifient de leur assiduité aux travaux pratiques de première année.

L'épreuve consiste en une composition d'anatomie (ostéologie, arthrologie, myologie, angiologie).

2° Les candidats pourvus de 8 inscriptions qui ont subi avec la note « bien » le premier examen probatoire.

Les épreuves sont :

a) Une composition d'anatomie (névrologie, splanchnologie) ou une composition d'histologie;

b) Une composition de physiologie.

3° Les candidats pourvus de 12 inscriptions qui ont subi avec la note « bien » le deuxième examen probatoire.

Les épreuves sont :

a) Une composition de médecine;

b) Une composition de chirurgie.

4° Les candidats pourvus de 16 inscriptions qui ont subi avec la note « bien » le troisième examen probatoire.

Les épreuves sont :

a) Une composition de médecine;

b) Une composition de chirurgie ou une composition sur les accouchements.

Deux heures sont accordées pour chacune de ces compositions.

Peuvent obtenir une bourse de doctorat en médecine de première année les candidats qui justifient :

Soit de la mention « bien » au baccalauréat de l'enseignement secondaire et de 75 points au moins à l'examen du certificat d'études P. C. N., soit de la mention « assez bien » au baccalauréat et de 80 points au moins audit certificat;

Soit de la mention « bien » au baccalauréat de l'enseignement secondaire et de la mention « assez bien » au certificat d'études supérieures de sciences portant sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle, soit la mention « assez bien » au baccalauréat et de la mention « bien » audit certificat.

ÉCHOS

Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française.

En 1913, le Congrès se tiendra au Puy. Président, M. Arnaud; secrétaire général, M. Suttel.

Les questions mises à l'ordre du jour sont : Les troubles du mouvement dans la démence précoce; M. Lagriffe, rapporteur. De l'anesthésie dans l'hémiplégie cérébrale; M. Mounier-Vinard, rapporteur. Les conditions de l'intervention chirurgicale chez les aliénés au point de vue thérapeutique et médico-légal, M. Pic, rapporteur.

Pour combattre la fièvre aphteuse.

On sait que la fièvre aphteuse qui s'attarde à désoler le pays fut importée de la Hollande. Ce que l'on sait moins, c'est que l'épizootie fut rapidement extirpée des villages hollandais et d'une façon toute militaire, c'est le cas de le dire.

En effet, aussitôt que ceux des cas de stomatite aphteuse furent signalés, les autorités locales firent appel à l'armée et chaque ferme reçut un ou plusieurs soldats qui eurent pour consigne : 1° de s'opposer à toute circulation ou déplacement du bétail; 2° d'assister à la traite des vaches et de faire jeter le produit récolté de façon à en empêcher la consommation.

Cette manière forte a rapidement chassé le fléau. Reste à savoir comment elle serait accueillie par nos cultivateurs ?

La taille chez les divers peuples d'Europe.

Le Comité anthropométrique de la *British Association* vient de terminer une curieuse enquête sur la taille moyenne chez les différents peuples. En voici les résultats :

C'est la race anglo-saxonne qui tient la tête. La plus haute taille est celle de l'ouvrier anglais, avec 1 m. 74. Abstraction faite des catégories sociales, l'Anglais, en général, atteint 1 m. 70. C'est aussi la taille du Norvégien. Le Danois, le Hollandais et le Hongrois ont 1 m. 67; le Suisse, le Russe et le Belge, 5 millimètres de moins.

Le Français a 1 m. 66, et l'Allemand, si étonnant que cela paraisse, n'a pas davantage, car si le Poméranien reste colossal, le Bavarois est plutôt petit. Les plus petits de tous sont les Espagnols et les Italiens avec 1 m. 57. Constatation étrange : alors que chez les Français les membres de la classe bourgeoise sont plus grands que ceux de la classe ouvrière, il en va tout différemment en Angleterre, où l'on constate 2 centimètres d'écart.

Etat sanitaire des écoliers anglais.

Il y avait, en 1909, sur 6 millions d'élèves des écoles primaires de l'Angleterre et du Pays de Galles, 2.400.000 enfants ayant des poux (40 p. 100), 1.800.000 (20 p. 100) une mauvaise dentition, 600.000 (10 p. 100) une vue défectueuse, 480.000 (8 p. 100) des végétations adénoïdes, 240.000 (4 p. 100) une ouïe défectueuse, 75.000 (1 p. 100) une maladie de cœur, et 60.000 (1 p. 100) atteints de tuberculose. Dans un très grand nombre de cas, ces affections étaient dues au manque de soins et d'hygiène et à la malpropreté; la diffusion des « écoles des mères » et des ligues contre la mortalité infantile améliorerait beaucoup l'état sanitaire.

La première description clinique de l'insuffisance aortique.

D'après une étude historique récemment publiée par *Centralblatt für Herz und Gefass Krank*, il ressort que, selon Morgagni, Bertolotti (mort en 1630) aurait signalé un cas d'insuffisance des valvules aortiques. En 1783, Selle décrivit la maladie.

Si Corrigan et Stokes (1855) firent les premières études détaillées, celles d'Hogkdin datent de 1827, et Hope avait, dès l'année 1832, insisté sur les caractères si spéciaux du pouls.

L'insuffisance aortique devrait s'appeler non « maladie de Corrigan », mais maladie de Hope ou de « Hodgkin-Corrigan ».

Ingres et l'anatomie.

Dessinateur admirable, Ingres n'avait pour l'anatomie qu'un respect très modéré et n'hésitait jamais, quand elle était en jeu, à sacrifier la vérité à l'effet.

Ainsi, dans son *Saint Symphorien*, s'il a donné aux licteurs une musculature surhumaine, un torse démesurément large où l'omoplate fait une saillie exagérée, c'est qu'il a voulu opposer leur force brutale et bestiale à la noblesse du saint, et s'il a donné à celui-ci des bras trop vigoureux pour son âge, c'est qu'il a voulu rendre plus apparentes la sereine douceur et la beauté toute féminine de son visage.

Sa *Grande Odalisque* a trois vertèbres de trop. C'est vrai; mais cette longueur exagérée du dos lui a permis de donner à ce corps de femme une souplesse et une courbure serpentine délicieuses.

L'Hôtel-Dieu de Beaune.

Il est peu de personnes, surtout dans le monde médical, qui ne connaisse l'Hôtel-Dieu de Beaune — cette précieuse relique du passé, cet admirable joyau d'art. Jusqu'alors, grâce au beau domaine de vignes qui constitue la fortune de cet hospice, sa commission administrative avait pu entretenir et défendre les bâtiments. Mais depuis deux ans la récolte du vin est déficitaire et complètement nulle, et la jolie flèche a perdu une partie de son revêtement de plomb et d'ardoise; ses bois affaiblis sont à peine protégés par des plaques de carton bitumé ! Tout le faîtage, toute la couverture du grand comble sont également menacés. Une intervention décisive s'impose donc à bref délai et l'argent fait défaut.

Pour remédier à cette situation, une souscription est ouverte, et nous croyons devoir en prévenir nos lecteurs. Le trésorier du Comité est M. Paul Rougé, rue Traversière, à Beaune (Côte-d'Or).

Particularités médicales présentées par les Esquimaux.

Le type respiratoire est, chez les Esquimaux, commun aux deux sexes; c'est le type diaphragmatique, les femmes portant de larges pantalons qui ne compriment pas la base du thorax.

La menstruation n'apparaît que vers 19 ou 20 ans, ce qui n'empêche pas la femme de se marier vers 12 ou 14 ans.

Pendant la nuit polaire, longue de 4 mois, la femme n'est pas réglée.

L'enfantement n'a lieu que vers 20 ans : si la femme reste stérile, elle est répudiée et elle recherche un autre mari.

L'instinct génésique est périodique et ne se réveille qu'avec le retour du soleil; toutes les conceptions datent de cette époque.

Vers le terme de la grossesse, la femme est séquestrée avec des vivres; elle se délivre elle-même et coupe le cordon avec une pierre.

Les enfants au-dessous de trois ans sont mis à mort lorsque leurs parents viennent à mourir. La femme nourrit son enfant pendant 5 ou 6 ans. La syphilis n'existe que chez les tribus qui ont commercé avec les blancs.

Pendant la nuit arctique, les Esquimaux sont hibernaux, ne mangent et ne boivent que peu et dorment surtout.

En temps ordinaire, ils font par jour un repas de 4 heures, durant lequel ils peuvent ingurgiter de 5 à 20 livres de viande crue sans assaisonnement; en dehors de cela, ils mangent de la graisse de baleine et sont très friands du sang des animaux.

Le Paludisme apyrétique

par le Dr André COMBAULT

Docteur es-sciences,
Ancien professeur à l'École de Médecine de Téhéran (Perse),
Chargé de mission par le Gouvernement français.

Les termes de « paludisme » et « fièvres paludéennes » sont trop souvent considérés comme synonymes, surtout par les médecins français. Pourtant, le paludisme est une affection très répandue en France et trop souvent méconnue même dans la région parisienne.

Cependant, il existe un paludisme qui évolue sans fièvre bien marquée et même, dans le paludisme classique avec accès fébrile, des phases apyrétiques souvent très prolongées; et ces phases ne peuvent être considérées comme des périodes de calme complet, parce qu'elles sont marquées de nombreuses manifestations paludéennes.

Or, si la plupart des auteurs admettent facilement la nature paludéenne de ces phénomènes, lorsqu'ils évoluent sur un malade présentant à d'autres moments des accès fébriles pathognomoniques, ils se montrent beaucoup plus sceptiques sur la nature des mêmes symptômes, lorsqu'ils apparaissent chez des individus n'ayant jamais présenté d'accès paludéens.

L'origine malarienne de ces manifestations, généralement décrites sous le nom de « formes larvées » a été contestée sans motifs bien plausibles par les uns, acceptée comme d'évidence par les autres, sans que rien ne soit venu les départager. En matière de paludisme, c'est encore les descriptions des anciens auteurs qui font foi; et il nous paraît nécessaire de reprendre entièrement l'étude de la malaria en s'inspirant de principes plus modernes et en utilisant les moyens d'investigation plus perfectionnés que nous avons à notre disposition.

Le paludisme doit aujourd'hui être décrit comme une infection générale de l'organisme, au même titre que la syphilis; il s'établit par inoculation à la faveur d'une lésion des téguments et se manifeste objectivement, après une période d'incubation sur laquelle les traités sont généralement muets et que nous croyons éminemment variable, par des « accidents » divers, dont le plus commun et surtout le plus connu est l'accès fébrile classique.

La grosse objection qui a été formulée contre la nature paludéenne des autres manifestations de la malaria est l'absence d'hématozoaires dans le sang des malades au moment de ces « accidents ». Or, cette objection ne résiste pas à deux minutes d'examen plus attentif. Les hématozoaires n'existent pas à l'état normal dans le sang des paludéens. On ne les rencontre qu'au moment précis de l'accès et même mieux dans l'heure qui précède le frisson. Les médecins habitués à la recherche de l'hématozoaire savent que la connaissance de ce détail technique est la condition première d'une bonne préparation. La fièvre nous apparaît donc nettement comme la réaction de l'organisme à l'invasion du sang par l'hématozoaire.

C'est dans l'heure ou les deux heures qui précèdent l'accès que les hématozoaires apparaissent dans le sang; c'est pendant les quelques minutes qui le précèdent qu'ils sont le plus nombreux. Dès le début de l'accès, dès que l'organisme réagit, se défend, le nombre des hématozoaires diminue jusqu'à disparition complète.

Ainsi, pas d'hématozoaires dans le sang sans accès, inutile de les chercher dans les formes apyrétiques dont nous nous occupons plus particulièrement ici. La présence d'hémamibes dans le sang des cachectiques en dehors des accès ou de formes en croissant dans le sang des malades atteints de fièvres pernicieuses sont des exceptions qui confirment la règle; dans le premier cas, elle témoigne de l'épuisement d'un organisme devenu incapable de se défendre; dans le second cas, elle accuse la virulence particulière d'ailleurs bien connue de l'hématozoaire de la fièvre estivo-automnale.

Le sang des paludéens ne contient donc pas de sporozoaires en dehors des accès, et rien ne permet de conclure à l'impossibilité des manifestations paludéennes apyrétiques du fait de l'absence des parasites dans le sang au moment de ces symptômes.

Il nous a été permis, au contraire, de déceler des hématozoaires dans la rate de deux malades présentant des phénomènes que nous croyons être de nature malarienne et qui cependant n'avaient jamais éprouvé d'accès fébriles.

Nous aurions voulu multiplier ces investigations; mais nous n'avons pas cru pouvoir nous permettre de risquer, dans l'intérêt de nos recherches, les accidents possibles de la ponction de la rate chez les paludéens : rate congestionnée, molle, diffluente et exposée déjà aux ruptures naturelles. Nos craintes étaient d'ailleurs justifiées et nous avons lu depuis une observation d'hémorragie mortelle, à la suite d'une ponction de la rate, pratiquée, il est vrai, dans un cas de paludisme pernicieux.

Il serait nécessaire de rechercher l'hématozoaire dans la rate et le foie après autopsie; mais on sait la difficulté de telles investigations, nécessitant les conditions toutes spéciales que seul l'hôpital peut réaliser. Pour nous, ces recherches étaient impossibles notamment dans les pays musulmans où la religion nous interdisait toute autopsie. Nous avons dû nous contenter de surveiller minutieusement la température de nos malades; dans plusieurs cas, nous avons remarqué de légères élévations thermiques nettement périodiques qui auraient échappé à un examen plus superficiel; en prélevant le sang à examiner pendant l'heure qui précédait ces élévations, nous avons pu retrouver quelques hématozoaires dans la circulation périphérique.

L'évolution apyrétique de l'infection paludéenne est passée longtemps inaperçue, ou fut considérée, parce que méconnue, comme une rare exception. En fait, elle est beaucoup plus fréquente depuis que l'emploi de la quinine à dose préventive s'est heureusement répandu. Quelle que soit la façon dont on l'emploie, dose faible (0 gr. 20) et quotidienne, dose moyenne (0 gr. 50) bi-hebdomadaire, dose forte (1 gramme) hebdomadaire, la quinine constitue un merveilleux préventif de la fièvre paludéenne. Mais si nous lui laissons toute sa valeur dans la prophylaxie de la fièvre palr tre, nous la croyons incapable d'empêche 'infection paludéenne « en transformant le sang en un milieu impropre au développement de l'hématozoaire ». Malgré la quinine, l'infection s'établit, mais elle reste latente tant que le traitement est continué.

La quinine, dans les accès paludéens, amène rapidement la disparition de la fièvre, mais elle ne détruit pas d'une façon définitive l'infection paludéenne qui se manifeste à nouveau par des accès, un certain temps après la cessation du traitement.

De même, l'emploi de la quinine à titre préventif préserve de l'éclosion des accès paludéens, mais il ne saurait empêcher l'infection de s'installer. D'ailleurs, les fièvres sont assez fréquentes chez des individus qui pratiquent régulièrement la prophylaxie par la quinine. Mais ces accès sont atténués et cèdent plus rapidement.

Nous possédons plusieurs observations d'Européens, qui s'étaient préservés des fièvres paludéennes dans les pays infectés, par l'emploi régulier de la quinine, et qui éprouvèrent des accès à leur retour, après cessation du traitement, dans des conditions assez démonstratives. Ces accès cédaient rapidement et ne se reproduisaient plus tant que le malade absorbait de la quinine mais réapparaissaient, dès que ce traitement était négligé. Deux de ces observations sont particulièrement démonstratives :

M. C... a voyagé pendant trois ans en Orient, en traversant de nombreuses régions infectées; ses déplacements constants, ses voyages de jour et de nuit ne lui ont pas permis de prendre contre les piqûres d'anophèles les précautions classiques; mais il s'est toujours préservé des fièvres par l'absorption de 0 gr. 50 de bichlorhydrate de quinine tous les deux jours. Même pendant les mois d'hiver, il n'a pas cessé complètement ce traitement, il s'est simplement contenté de l'observer dix jours par mois.

Rentré en France au mois de mai 1910, il se félicite d'avoir pu échapper à la contamination et cesse naturellement l'usage de la quinine. Trois semaines après, il est pris d'un violent accès de malaria. Son médecin lui fait absorber 1 gramme de chlorhydrate de quinine aussitôt après l'accès, puis un gramme toutes les douze heures pendant quatre jours, et pendant un mois des doses décroissant jusqu'à 30 centigr. L'accès se reproduit quotidiennement pendant trois jours, mais en diminuant d'intensité.

Au bout d'un mois son médecin affirme à M. C... qu'il est guéri, et lui conseille d'abandonner définitivement la quinine. Mais le malade, qui pendant trois ans s'est préservé des fièvres par l'emploi de la quinine à titre préventif, refuse de suivre ce conseil, et reprend sa dose bi-hebdomadaire de 0 gr. 50 pendant près d'un an. En mars 1911, éprouvant quelques troubles dyspeptiques, il se résout à cesser ce traitement. Trente-trois jours après, il est repris d'un accès assez violent qui se reproduit quotidiennement avec intensité décroissante pendant cinq jours malgré l'emploi d'injections intramusculaires de formiate de quinine.

Mme M... a vécu deux ans au Congo. Elle s'est préservée de la malaria par l'absorption hebdomadaire d'une dose de 1 gramme de sulfate de quinine prise en une seule fois. Elle revient en France en janvier 1910. Mais elle a fréquemment observé que cinq ou six jours après l'absorption de la quinine, elle était prise de courbature généralisée avec douleurs dans l'aine et l'ovaire gauche, accompagné de troubles digestifs et de forte dépression nerveuse, tous ces symptômes évoluant sans aucune élévation thermique; elle a observé, d'autre part, que ces malaises disparaissaient après l'absorption de sa dose hebdomadaire de sulfate de quinine. Aussi comme à son retour en France ces symptômes persistent, elle continue quoique moins régulièrement à prendre 1 gramme de sulfate de quinine tous les huit à dix jours. Mais en mars 1911, c'est-à-dire un an et deux mois après son retour, elle se trouve enceinte de six semaines environ et éprouve quelques douleurs expulsives vite calmées d'ailleurs. Son médecin incrimine la quinine et en ordonne l'abstention pendant toute la durée de la grossesse. Six semaines après, éclate un violent accès de paludisme qui se reproduit quotidiennement tous les matins. Son médecin craignant l'avortement ne lui donne que de petites doses de quinine (0 gr. 60 de chlorhydrate en deux fois par vingt-quatre heures). Les accès persistent aussi violents; le huitième jour,

a malade très affaiblie est prise de douleurs expulsives avec métrorrhagie, et le neuvième elle expulse un fœtus vivant (notons en passant que le foie de ce fœtus examiné, présentait tous les caractères histologiques du foi paludéen). Le médecin n'étant plus retenu alors par les considérations de prudence qui avaient dicté sa conduite, administre la quinine à dose plus forte, et les accès cèdent en quelques jours.

Ces deux observations montrent mieux que toute discussion que le paludisme est une infection générale de l'organisme capable d'évoluer fort longtemps sans fièvres, et de se manifester seulement par des troubles apyrétiques que nous nous proposons d'étudier plus loin. La quinine fait disparaître l'hématozoaire du sang, et évite les accès de malaria; mais l'organisme n'en reste pas moins infecté. Le sporozoaire, probablement embusqué dans les organes hématopoiétiques, reparaît bien souvent dès la cessation du traitement quinique; la guérison de l'infection palustre doit, pour être rendue définitive, être poursuivie pendant fort longtemps.

Les manifestations apyrétiques du paludisme sont les plus variées et, simulant de nombreuses affections, elles sont souvent fort difficiles à déceler, surtout lorsqu'elles évoluent chez des malades n'ayant jamais présenté d'accès fébrile. Le traitement quinique est la pierre de touche du diagnostic pour les accidents paludéens, comme le traitement mercuriel pour les accidents syphilitiques. Toutes les manifestations paludéennes cèdent à la quinine convenablement administrée.

Le plus connu de ces accidents apyrétiques est la névralgie rebelle du trijumeau. Sa nature malarienne est nettement apparue à cause de ses retours périodiques quotidiens ou hiquotidiens, le matin de préférence, surtout dans des cas où le paroxysme de la névralgie venait nettement prendre la place d'un accès palustre au cours de fièvres typiques.

Il est de nombreuses névralgies de même nature quoique moins fréquentes : sans parler de la névralgie sus-orbitaire qui n'est qu'une forme de la précédente, on rencontre fréquemment des névralgies périodiques occipitales, testiculaires, plus rarement des névralgies sciatiques, intercostales et une névralgie phrénique, très douloureuse, s'accompagnant de hoquets et d'une dyspnée parfois très alarmante pour l'entourage. Il ne faudrait pas considérer comme paludéenne toutes les névralgies intermittentes; on sait, en effet, que les névralgies les plus banales peuvent revêtir un caractère d'intermittence paroxystique quotidienne. Wiew-Mittchell a même signalé une névralgie intermittente d'origine traumatique. Au point de vue du diagnostic clinique, il faudra tenir compte de ce fait, que le paroxysme des névralgies paludéennes se produit généralement le matin, tandis qu'il est plutôt vespéral dans les autres cas. Le donte ne sera plus permis lorsque l'accès de névralgie se reproduira régulièrement tous les deux on trois jours, la malaria seule pouvant présenter ce caractère.

Mais il faut savoir aussi que souvent des névralgies paludéennes ne présentent aucun caractère périodique, surtout lorsqu'elles évoluent chez des malades atteints depuis longtemps, ou ayant suivi un traitement quinique prolongé. De toute façon, les névralgies paludéennes céderont assez rapidement à la quinine qui semble être sans action efficace dans les autres névralgies rebelles.

Parmi les manifestations apyrétiques du paludisme, on rencontre fréquemment des courhatures de toutes sortes, généralisées ou localisées; souvent ces courhatures s'accompagnent d'une sensation de hrisement des genoux qui rend la marche pénible. On ohserve aussi des douleurs étendues à des régions fixes et ne correspondant pas toujours à des localisations anatomiques hien nettes. Ces douleurs peuvent être accompagnées de crampes très tenaces.

Il faut savoir que le paludisme, à l'instar de la syphilis, peut, en dehors de ces manifestations habituelles et connues, atteindre presque tous les organes et simuler toutes les affections. Les voies respiratoires, en particulier, sont souvent attaquées. Chez les enfants, des spasmes de la glotte, des accès de toux coqueluchoïdes, chez l'adulte, des crises d'asthme, d'angine de poitrine, présentant ou non un caractère intermittent, cèdent comme par enchantement au traitement antipaludéen, après avoir résisté opiniâtrement à tous les traitements. Il faudra se défier chez les jeunes femmes et chez les jeunes enfants d'un pneumo-paludisme du sommet qui a été hien décrit par de Brun : cette affection présente tous les caractères de la tuberculose au déhut, toux sèche, submatité, expiration prolongée, retentissement vocal et souvent hémoptysie. Les trouhles cardiaques sont moins fréquents. Nous possédons cependant deux observations de malades présentant tous les signes physiques et fonctionnels de l'insuffisance mitrale, et guéris en quelques jours par la quinine, alors qu'ils souffraient depuis plusieurs années.

Toutes les parties du tube digestif peuvent être prises. Le paludisme est susceptible de provoquer du rétrécissement œsophagien, des troubles dyspeptiques les plus divers, des vomissements parfois incoercibles, de l'entérite, de la diarrhée, de la constipation, des gastro-entérorrhagies, de l'ascite, de la rectite, des trouhles hépatiques nombreux.

Les organes génitaux urinaires ne sont pas indemnes. Les lésions rénales avec œdèmes et albuminurie, le ténesme vésical, l'hématurie, les troubles prostatiques, les névralgies de la verge s'observent quelquefois; les avortements et la stérilité chez la femme sont plus fréquents. En dehors de l'hérédité maternelle possible et surabondamment démontrée, les enfants de paludéens peuvent présenter des retards de développement tels que parfois ils se traduisent par de l'infantilisme avec inaptitude définitive à la reproduction.

Les accidents cutanés, notamment l'herpès (surtout génital), l'urticaire et le purpura peuvent être engendrés par la malaria. Il faut savoir dépister le paludisme dans les affections des organes des sens : ulcères de la cornée, infiltration grise, kératite profonde, névrite optique, rétino-choroïdite, hémorrágies de la rétine, opacité du cristallin, amauroses d'origine centrale, amblyopie, héméralopie, bourdonnement d'oreilles, surdité, anosmie.

Le système nerveux est le plus atteint, le paludisme provoque de la dépression psychique, plus rarement de la surexcitation avec mouvements d'impatience soudains, conscients, mais irrésistibles, de l'affaiblissement musculaire et de l'inaptitude au travail.

Il engendre de la somnolenee chez les uns, de l'insomnie chez les autres, mais chez tous de l'irritabilité, nne susceptibilité intolérable pour l'entourage et plus tard la neurasthénie. Les troubles trophiques amènent une extrême vulnérabilité des téguments, d'où des hémorragies des gencives simulant le scorbut, la fréquence des abcès, la tendance des plaies au phagédénisme et à la gangrène. Les cicatrisations sont difficiles, les fractures lentes à se consolider. On observe aussi des troubles mentaux, des névrites, des polynévrites, des myélites, des pachyméningites, etc.

On pourrait continuer cette énumération déjà longue et aride, elle serait toujours incomplète. Le paludisme nous paraît capable de simuler presque toutes les affections connues: il est souvent des plus difficiles à dépister et souvent aussi ses manifestations ne revêtent aucun caractère différentiel. Tantôt elles évoluent chez un paludéen connu, ayant présenté des accès pathognomoniques, tantôt elles se caractérisent par des intermittences éveillant l'attention. Mais, bien souvent aussi, elles évoluent sans fièvre et sans intermittences, et ce n'est que tardivement, à l'occasion d'un accès imprévu, ou d'une autre manifestation intermittente, que le diagnostic est posé. En cas de doute, on devra toujours tenter le traitement quinique.

De l'ensemble de ces considérations, il peut se dégager une conclusion pratique au point de vue du traitement de la malaria : c'est qu'on ne doit pas seulement se contenter de traiter les accès fébriles ou les autres manifestations paludéennes; et, de même qu'en face d'une syphilis on ne se contente pas de traiter les accidents, mais qu'on poursuit par une médication de plusieurs années la désinfection de l'organisme, de même en face du paludisme, on doit poursuivre d'une façon régulière la destruction effective ou pratique de l'hématozoaire.

Le remède spécifique de la malaria est évidemment la quinine; tous les accidents paludéens doivent être traités par elle et les succédanés qu'on a proposés jusqu'ici ne peuvent être pris en considération. Les sels de quinine sont extrêmement toxiques pour un grand nombre d'infusoires et d'amibes; ils semblent agir de même sur l'hématozoaire, mais ils sont insuffisants pour le détruire définitivement.

Il faut, à notre avis, distinguer le traitement des accidents puludéens et le traitement de l'infection paludéenne. En face d'une manifestation de malaria, accès fébrile ou autre, on doit instituer un traitement intensif par la quinine; ces manifestations disparues, on devra, pendant deux ans au moins, prescrire un traitement d'entretien, sans lequel on s'expose à des retours offensifs presque constants.

Le traitement intensif devra consister dans l'emploi d'injections intra-musculaires des sels de quinine. L'ingestion, à laquelle les malades préfèrent souvent avoir recours, peut provoquer des symptômes tenaces d'intolérance gastrique; et il est dangereux de provoquer des dyspepsies au cours d'une maladie qui exige la suralimenta-

tion. La voie rectale est trop irritante et doit être rejetée. On préférera à tous les autres sels de quinine le formiate parce qu'il est de beaucoup le plus riche en quinine (dont il contient 87,56 0/0), parce qu'il est très peu irritant pour la muqueuse gastrique, et que les injections intra-musculaires sont indolores. Enfin l'acide formique qu'il contient ajoute une légère action tonique à celle de la quinine. Néanmoins, ce sel étant encore très peu répandu, il faudra préférer le bichlorhydrate et même le bi-bromhydrate au sulfate généralement employé. Ils sont plus riches en quinine et moins irritants.

En présence d'un accès paludéen, la quinine ne faisant qu'augmenter les maux de tête et le malaise général de l'accès, on attendra le stade de sueurs; on donnera alors une dose forte, soit une injection intra-musculaire de 0 gr. 50 (1), soit un gramme à 1 gr. 50 de sel par voie buccale. On renouvellera cette dose toutes les 12 heures. Souvent l'accès suivant avortera; on pourra alors au bout de deux ou trois jours diminuer progressivement la dose jusqu'à 0 gr. 25 par jour (ou 0 gr. 50 par voie digestive) que l'on maintiendra jusqu'au trentième jour du traitement environ. Ces doses devront être quelquefois diminuées lorsque le malade présentera des symptômes d'intolérance; mais plus souvent elles devront être augmentées par suite de la persistance des accès; il faut savoir que les paludéens supportent incomparablement mieux la quinine que les individus sains; dans certains cas, nous avons dû porter la dose quotidienne jusqu'à 4 et 5 grammes. Enfin, lorsqu'on voudra prévenir un accès, il faudra faire ingérer la quinine cinq à six heures avant le moment présumé de l'accès, tandis qu'avec l'injection intra-musculaire il suffira de le devancer de une heure ou deux. Dans les cas d'urgence, on pourra employer l'injection intra-veineuse dont l'action est immédiate.

Dans certains cas où la quinine seule semble insuffisante on se trouvera bien d'aider son action par l'emploi du bromhydrate de cinconidine (0 gr. 40 par jour en 2 fois) et par l'usage des bains refroidis.

Après le trentième jour du traitement, à moins d'indications spéciales fournies par la persistance des accidents, on instituera le traitement d'entretien auquel d'ailleurs doit s'astreindre toute personne vivant dans les régions contaminées. En effet, le traitement prophylactique et le traitement d'entretien ne nous paraissent pas pouvoir être séparés, puisque, comme nous l'avons montré plus haut, les individus vivant dans les régions contaminées et soumis à la quinine préventive doivent être considérés comme infectés eux-mêmes, mais suffisamment traités déjà pour éviter les accidents. La base de ce traitement d'entretien sera évidemment encore la quinine, mais son action doit être vigoureusement secondée, et c'est moins de l'action médicamenteuse si considérable soit-elle que de la propre défense de l'organisme qu'il faudra attendre la guérison définitive; c'est cette réaction naturelle qu'il faudra soutenir d'une façon constante et suivie.

Si les cas graves exigent le retour dans les pays tempérés et des cures d'altitude, il suffira le plus souvent d'instituer une bonne hygiène, une vie régulière de convalescent, une bonne nourriture saine, abondante, nutritive, facile à digérer, l'interdiction absolue de toute fatigue et de tout excès.

L'adjuvant de choix sera l'arsenic qui ajoute à son rôle tonique si puissant une véritable action toxique sur l'hématozoaire, si bien que, suivant l'avis de M. Armand Gautier, cette médication semble au point de vue de sa spécificité et de son efficacité plus puissante que la quinine elle-même.

L'opothérapie rendra des services notables dans un état où l'anémie est profonde et où les organes hématopoïétiques, rate, foie, moelle des os, sont fortement atteints.

On pourra employer comme médication arsenicale les injections sous-cutanées quotidienne de 0 gr. 05 de cacodylate de sonde ou l'ingestion de 0 gr. 10 par jour de méthylarséniate de soude en solution. On pourra tenter l'opothérapie à l'aide d'organes frais et crus ou de poudre sèche de foie, de rate, ou de moelle osseuse. Mais on obtiendra des résultats plus constants en utilisant la Filudine qui satisfait à toutes les exigences d'un traitement aussi complexe.

La Filudine comprend un sel arsenical nouveau, non toxique, tout spécialement indiqué dans la médication antipaludéenne, la thiarféine ou thio-méthyl-arsinate de caféine, qui joint à l'action classique des méthylarsinates, l'action toni-digestive et antifermentative de sa molécule sulfurée et l'action toni-nerveuse de sa caféine. Au thiométhylarsinate de caféine sont associés des extraits totaux extrêmement actifs de foie et de rate.

Ce produit, à la dose de 4 à 6 comprimés par jour, nous a toujours donné les meilleurs résultats. Même pendant les accès, la Filudine associée à la quinine constitue un adjuvant précieux.

Nous avons eu l'occasion de soigner de nombreux paludéens, surtout pendant notre séjour en Perse. Nous avons expérimenté la Filudine dans plus d'une centaine de cas et nous avons pu suivre les malades assez longtemps pour constater la grande efficacité de ce produit. Sous son action, le foie diminue nettement de volume et les fonctions hépatiques, comme le prouvent les analyses des fèces et des urines, redeviennent peu à peu normales. Les accès s'espacent, diminuent d'intensité et disparaissent. L'usage simultané de l'opothérapie hépato-splénique et de la thiarféine exerce une action indéniable sur l'organisme affaibli et infecté du paludéen, en mettant les viscères atteints en meilleur état de résistance et en luttant d'une façon efficace contre l'hématozoaire tout en combattant l'anémie et en modifiant la nutrition défectueuse des tissus.

Le traitement d'entretien poursuivi pendant une période de 2 années après la dernière crise devra alterner de 10 jours en 10 jours la médication quinique et la médication arsenicale associée à l'opothérapie hépatique et splénique.

Le traitement de choix consiste à faire alterner des périodes de dix jours d'injections intra-musculaires bi-quotidiennes de 0 gr. 30 de formiate de quinine avec des périodes de dix jours de traitement à la Filudine. Faute de mieux on pourra utiliser les injections de 0 gr. 30 de bichlorhydrate ou l'ingestion de 0 gr. 50 de bichlorhydrate ou de sulfate de quinine, et les injections quotidiennes de 0 gr. 05 de cacodylate ou l'ingestion de 0 gr. 10 de méthylarsinate en associant au mieux des possibilités, l'opothérapie ci-dessus indiquée.

(1) On emploiera selon le besoin l'une des trois formules suivantes :

a) Formiate de quinine	0 gr. 50
Eau distillée	10 cc.
ou b) Bichlorhydrate de quinine.....	0 gr. 50
Eau distillée	2 cc.
ou c) Sulfate de quinine	0 gr. 50
Eau distillée	5 cc.
Eau de Rabel..................	0 gr. 50

La Marque judiciaire

Le 14 juin dernier. comme complément à la publication antérieure d'un extrait intitulé : *Pour marquer le professionnel du crime* dans lequel M. le docteur Icard (de Marseille), proposait de doter les criminels d'une marque distinctive indélébile constituée par une injection de paraffine, nous insérions une lettre de M. le docteur L. Sadoul, lettre dans laquelle notre confrère protestait vivement, au nom de la dignité professionnelle, contre la mise en pratique de cette opération et cela parce qu'elle devrait nécessairement être pratiquée par un médecin.

A la suite de la lettre de M. le Dr Sadoul, nous insérions également une réponse de M. le Dr Icard, dans laquelle l'auteur du projet protestait contre la sensiblerie trop courante qui fait que l'on a pour les criminels des égards dont se contenteraient beaucoup d'honnêtes gens.

Ces deux lettres, sur lesquelles nous appelions l'attention de nos lecteurs, nous ont valu plusieurs réponses intéressantes, qui toutes, du reste, s'accordent à approuver complètement l'idée émise par M. le docteur Icard.

Nous ne saurions mieux faire que de les mettre sous les yeux des lecteurs de la *Gazette Médicale de Paris.*

C'est d'abord un très remarquable article de M. le Dr Stockis, agrégé spécial à l'Université de Liége, dont on connaît la haute compétence en matière de criminologie.

La marque du crime
chez les professionnels dangereux

Depuis vingt-cinq ans, la médecine légale s'adonne à l'étude de l'identification judiciaire et cherche des procédés de plus en plus sûrs pour reconnaître et démasquer les criminels; tous les éléments du signalement humain ont été tour à tour étudiés, mis en pratique et discutés, à tel point que la science signalétique est devenue une des branches les plus importantes de l'éducation policière. Souvent encore, à l'heure actuelle, par suite de l'absence de cohésion des recherches, ou de l'absence d'organisation même dans certains pays, d'un service d'identité — c'est encore le cas en Belgique — des professionnels du crime échappent à la reconnaissance; rien ne les désigne à l'attention de la justice, qui ne soupçonne pas toujours qu'elle se trouve en présence d'individus dangereux. Rien d'étonnant à ce que de bons esprits estiment qu'on pourrait en revenir au système plus expéditif des temps passés, où l'on marquait au fer rouge les êtres malfaisants et incorrigibles, qu'il fallait pouvoir reconnaître toujours, afin de s'en préserver. Depuis près d'un siècle on a supprimé la marque infamante; pourquoi ne pas revenir à cette pratique, en l'adaptant à nos idées plus humanitaires. C'est ce qu'a pensé notre excellent confrère, le Dr Séverin Icard, de Marseille, qui a lui-même apporté sa contribution à la science signalétique, par ses études de notation chiffrée des fiches d'identité. Liersch, déjà, en Allemagne, avait proposé, en 1901, de marquer les récidivistes dangereux d'un petit tatouage dans une région cachée. Mais on a pu reprocher à ce procédé ce qui a amené la disparition de l'ancienne cautérisation, à savoir le caractère indélébile et la trop grande évidence d'un signe, déshonorant pour toujours son porteur.

Icard, bien connu par ses travaux sur le diagnostic de la mort, soumet une méthode ingénieuse, qui aurait tous les avantages du tatouage judiciaire,

sans être passible des mêmes reproches. Il vient de la publier dans les *Annales d'hygiène publique et de médecine légale* (octobre 1910, p. 361), et la décrit comme suit :

« Ce procédé consiste à injecter sous la peau une certaine quantité de paraffine de manière à déterminer une petite nodosité. Cette petite nodosité, n'altérant pas sensiblement l'aspect de la peau, restera ignorée des non-initiés, et, dans le cas où, par hasard, elle serait découverte par un tiers, elle pourrait passer pour un petit kyste, un durillon, une tumeur quelconque, dont l'origine judiciaire ne serait pas soupçonnée.

« Les points de la peau choisis pour l'injection varieront suivant la nature des crimes ou délits et aussi suivant la *gravité du danger* que présentera le criminel pour la société. C'est ainsi, par exemple, que l'on pourrait convenir de choisir le bord interne de l'omoplate droite pour marquer les professionnels du vol. Cette ligne de repère pourrait alors être divisée en trois parties : la partie supérieure pour les professionnels du vol très dangereux, la partie moyenne pour les professionnels du vol *dangereux*, la partie inférieure pour les professionnels du vol moins dangereux. Supposons un individu arrêté sous la suspicion de vol; il sera facile à la police de contrôler si l'individu qu'elle tient en mains est vraiment un professionnel du vol, récidiviste et, dans ce cas, à quel degré il est dangereux. L'agent préposé à l'identification n'aura qu'à palper rapidement le bord de l'omoplate droite et si sur ce bord il trouve, siégeant à la partie supérieure, la petite nodosité révélatrice, la police sera fixée : elle aura acquis la preuve que l'individu arrêté est un professionnel du vol très dangereux; mise sur cette piste, il sera alors facile à la police de compléter l'identification du sujet à l'aide des autres moyens usités.

« Mais le procédé ne serait d'aucune valeur si la marque déterminée par l'injection de paraffine ne restait pas indélébile. Nous devons donc être fixé sur le sort qui est réservé à la paraffine après son injection sous la peau. Il résulte des travaux des auteurs qui se sont plus spécialement occupés de la question, que le produit injecté se comporte différemment suivant qu'il est injecté à chaud et à l'état mou ou qu'il est injecté à froid et à l'état solide. Injectée à chaud et à l'état mou, la paraffine est résorbée complètement après deux ans et, à sa place, s'est substitué un tissu de sclérose, un tissu de cicatrice. Injectée à froid et à l'état solide, la paraffine n'est pas résorbée, elle s'entoure d'un tissu fibreux et, après un délai plus ou moins long, elle se trouve définitivement enkystée. Dans l'un et l'autre cas, les résultats obtenus sont stables et définitifs. Notre récidiviste injecté à la paraffine sera donc marqué pour toujours. Seule, une opération chirurgicale pourrait faire disparaître la nodosité révélatrice; mais alors celle-ci serait remplacée par une cicatrice qui serait d'une égale valeur comme marque particulière.

« Le procédé permet donc de marquer le criminel d'un signe qui, à l'instar d'un tatouage, est indélébile et caractéristique, mais qui, à l'inverse du tatouage, restera *invisible* et ne sera connu que du seul criminel lui-même et de la justice. Ce signe ne sera donc point infamant, puisqu'il sera ignoré de tous et il sera comme s'il n'existait plus et même comme s'il n'avait jamais existé le jour où le criminel, revenant à de meilleurs sentiments, essaiera de faire oublier ses torts vis-à-vis de la société.

« Au surplus, depuis que la méthode des injections à chaud a été remplacée par la méthode des injections à froid, la pratique des injections de paraffine est devenue tout à fait simple; l'opération qu'elle exige est des plus faciles et ne comporte plus aucune complication. On n'aura donc recours, en la circonstance, qu'à la seule injection de paraffine à froid; celle-ci étant faite à l'aide d'une seringue spéciale qui ramollit la paraffine par compression, ne présentera pas plus de difficultés qu'une injection sous-cutanée ordinaire. »

Et le Dr Icard ajoute :

« Telle est, exposée dans ses grandes lignes, la nouvelle méthode que je propose; je crois qu'elle pourra rendre quelques services à une époque où certains esprits, parmi les meilleurs, se trouvent égarés dans un sentimentalisme mal compris, qui leur enlève la véritable notion de la sanction pénale, à une époque où l'audace des criminels fait regretter aux hommes de bon sens les temps éloignés où il était permis de marquer au fer rouge les malfaiteurs dont la vie est un danger perpétuel pour la société. La société a le droit et le devoir de se défendre; il faut qu'elle puisse enfin se prémunir contre les professionnels du crime; il faut qu'elle puisse résister à l'armée des malfaiteurs, toujours plus nombreuse, toujours mieux organisée et que n'arrête aucune frontière... »

L'idée est, certes, intéressante. Quel accueil lui sera-t-il réservé? Il ne paraît pas douteux, qu'après une période d'humanitarisme à outrance un mouvement opposé se dessine en faveur d'une protection plus efficace de la société contre cette catégorie de professionnels, voués au crime pour toute leur existence, et qui ne sont pas susceptibles d'amendement. Que l'on admette ou non la conception d'une responsabilité limitée pour ces êtres dangereux, qu'on les considère comme des êtres normaux ou comme des malades, que l'on songe pour eux à la prison ou à l'asile, le devoir qui incombe à la société est de les mettre hors d'état de nuire à la collectivité. Dès lors, on peut trouver parfaitement justifiée la proposition de les marquer d'un signe spécial, qui les fera reconnaître, sous tous leurs déguisements, dès qu'ils retomberont sous la griffe de la justice.

Et cependant, le problème ne sera pas résolu encore; tant que l'on ne possédera pas une organisation internationale de signalement judiciaire, les services que rendrait cette mesure seront bien limités. En effet, s'il est bon que l'on sache avoir rencontré un professionnel du crime, encore faut-il l'identifier, connaître son passé, ses tenants, son histoire, ses méfaits, afin de lui appliquer les mesures répressives indiquées.

N'est-il pas, dès lors, exagéré de dire, avec Icard, que « cette marque particulière serait, d'après tous les médecins légistes, le plus précieux de tons les signes d'identité et dispenserait presque de rédiger le casier judiciaire et les fiches d'identité? » Nous ne pouvons être de cet avis. Marquer est bien, identifier est mieux et, à tout prendre, plus urgent que nécessaire.

Mais d'autre part, est-on bien sûr que l'opération à laquelle Icard propose de soumettre les récidivistes dangereux soit tout à fait simple et inoffensive? Les interventions prothétiques à la paraffine n'ont pas toujours été dépourvues de certains dangers; à ce point du vue, la cautérisation au fer rouge agissait d'une façon sûre et sans exposer la vie du sujet; il en serait de même du tatouage, s'il était toujours bien pratiqué, car il est facile de se prémunir contre les accidents de contagion (syphilis, érysipèle, etc.) qui ont été signalés après ce genre d'opérations que les malfaiteurs pratiquent entre eux. Et si l'on admet que la société a le droit de soumettre ses ennemis à une opération offrant certains risques, rares à la vérité, combien nous préférerions celle que l'on impose dans certains Etats américains, aux apaches professionnels, la castration (plus exactement, la résection des canaux déférents). Celle-ci laisse aussi après elle un stigmate indélébile, plus sûrement même que l'injection de paraffine; mais, de plus, elle retentit favorablement sur l'état psychique des malfaiteurs et, ensuite, comme mesure préventive, par la crainte qu'elle inspire, elle pourrait retenir parfois certains malheureux sur le bord de l'abîme; enfin, et c'est là sans doute sa principale raison d'être, elle atrophie et stérilise le sujet, et détruit la possibilité d'une descendance morbide. Voilà, n'est-il pas vrai, assez d'avantages, pour que nous l'adoptions d'emblée; pourquoi s'arrêter en chemin?

Mais nous voudrions dire un mot du caractère indélébile des tumeurs de paraffine. Il est incontestable que l'extirpation de ces nodosités — qui sera tentée, n'en doutons pas — les malfaiteurs n'ont-ils pas inventé cent et une façons de se détatouer — laissera une cicatrice. Icard donne à cette cicatrice une égale valeur comme marque particulière. Nous n'en sommes pas, non plus, si convaincus. Il sera si facile de dissimuler une cicatrice linéaire de première intention, ramollie par le massage, au milieu d'un tégument modifié par un caustique quelconque et de lui enlever toute sa valeur signalétique spéciale! Nous avons, malheureusement trop peur de l'habileté de nos malfaiteurs, pour nous fier à cette garantie!

Si nous applaudissons à l'initiative de notre savant collègue, force nous est donc de faire certaines réserves quant à l'application de sa méthode. Dans sa conception, ce signe professionnel serait connu seulement de la police et de l'individu lui-même. Dès lors, ne vaut-il pas bien mieux encore assurer d'une façon parfaite l'identification exacte de chaque récidiviste par l'organisation de services nationaux de signalements, reliés entre eux en un vaste réseau, au travers duquel les professionnels ne pourraient avoir aucune chance de s'échapper. Au point de vue prophylactique, déjà, la conviction qui en résulterait pour les criminels, de ne pouvoir, en cas d'arrestation, esquiver la reconnaissance de leur identité véritable et échapper à la répression, vaudrait, semble-t-il, mieux que la crainte d'être marqués d'un signe, impuissant, au reste, à livrer leur état civil. Par le tatouage, on pouvait fixer sur la peau une indication utile, un nom, un numéro d'ordre, une date; la nodosité de paraffine ne pourrait qu'indiquer que l'on a affaire à un criminel.

Il est assez curieux de rappeler que si l'injection de paraffine n'est pas, à notre sens, le procédé de choix pour dépister le malfaiteur, elle peut devenir, par contre, un moyen de trucage à l'usage de celui-ci pour dépister la justice. On sait avec quel succès des chirurgiens allemands, F. Kock et Jacques Joseph, de Berlin, sont arrivés à modifier l'esthétique de la physionomie; à l'aide de discrètes retouches par de la paraffine injectée sous la peau, ils transforment un profil de sens défectueux et donnent un nouvel aspect aux traits effacés ou trop accentués (1). Hermeto Lima, dans le *Boletim Policial de Rio-de-Janeiro* (déc. 1909), reproduit des photographies démonstratives à ce sujet et rappelle que notre ami Locard avait émis déjà la crainte de voir un jour ces procédés appliqués par les criminels : « Il y aurait là, disait-il, (*Arch. d'Anthrop. crim.*, 1909), pour le signalement bertillonien et surtout pour le maniement du D. K. V. un grave échec, si ce luxe d'adonisation, réservé jusqu'ici aux classes aisées, devenait un jour un procédé de camouflage. Ce serait, si j'ose le dire, le camouflage chirurgical : il y a peut-être là une voie ouverte aux Arsène Lupin de l'avenir. Qui sait ce que donnerait, entre des mains expertes, une petite injection de paraffine sous les téguments de l'antitragus? Mais ce serait raffiner et même,... paraffiner pour le pur amour de l'art : l'ignorance béate des agents protège mille fois mieux les récidivistes que les recettes les plus scientifiques... »

Qui pourrait le dire? Et ne faut-il pas conclure que plus que jamais nous devons perfectionner et multiplier nos moyens de protection!

Dr Eug. Stockis,
Médecin légiste à Liége.

M. le Dr Guillou, à La Tremblade (Charente-Inférieure), nous adresse les lignes suivantes :

Monsieur le Directeur,

Vous demandez à vos lecteurs ce qu'ils pensent du projet de marque judiciaire Icard.

A mon avis, ce procédé anodin, loin d'être barbare, n'est pas suffisant. En effet, s'il est vrai qu'on trouverait difficilement un médecin pour l'appliquer, MM. les apaches en trouveraient dix pour l'enlever.

Rien ne vaut l'ancienne et bonne marque au fer rouge. Ce procédé a tous les avantages. Il est simple, aseptique et d'un effet durable. On emploierait, bien entendu, l'anesthésie générale ou locale préalable.

On ne saurait être trop humain pour MM. les assassins.

Veuillez agréer, mes salutations,

Dr Guillou.

M. le Dr Plateau (de Paris), nous adresse sa réponse sous forme de lettre ouverte à M. le Dr Icard :

A M. le Dr Icard (de Marseille).

Mon cher confrère,

Si ces quelques mots d'un vieux médecin parisien vous exprimant toute son approbation sans réserves et vous assurant de sa parfaite solidarité et communauté d'idées peuvent vous être agréables, je vous les adresse avec le plus grand plaisir.

Vous opposez à votre honorable contradicteur, M. le Dr Sadoul, des arguments qui me semblent péremptoires. Je n'insiste pas.

Quel rapport peut-il y avoir entre la *Déclaration des Droits de l'Homme et du citoyen* et la marque judiciaire des brutes sanguinaires et féroces qui ont depuis longtemps perdu toute qualité d'*homme* et qui n'ont jamais été *citoyen*?

La funeste théorie philosophique de Lombroso, dont l'application et la mise en pratique ont donné les effroyables résultats constatés depuis longtemps déjà par les plus éminents esprits, législateurs, publicistes, hauts magistrats et par nous tous, pauvre populo, nous avons cependant bien le droit de ne pas l'admirer sans discussion, et de ne pas avoir en elle la foi robuste et aveugle des vrais croyants!

La société, dit Lombroso, n'a pas le droit de *punir* (!!!) elle doit simplement *se préserver* et mettre les criminels en état de ne plus nuire.

Le système a vraiment bien réussi! Nous, nous en sommes à la conception de la vieille *Justice* qui est innée et ancrée dans le cœur de l'immense majorité de tous les hommes de toutes les classes sociales, de tous les temps et de tous les pays : le vice puni, la vertu récompensée.

Agréez, mon cher confrère, l'assurance de mes plus sincères sympathies.

Dr Plateau.

M. le docteur E. Callamand, de Saint-Mandé, enfin, nous fait tenir la lettre ci-dessous :

Nous savions déjà que tous les travaux du Dr Icard se distinguent par leur ingéniosité et leur portée pratique. Aujourd'hui, le bon sens et le sens commun parlent véritablement par sa bouche, quand il défend son procédé de *marque* des criminels par l'injection de paraffine contre des critiques un peu naïves.

Il y aura toujours des confrères pour vouloir aseptiser jusqu'au couteau de la guillotine. Ce sont les jocrisses de la médecine. Leur mentalité spéciale a

(1) Tout récemment encore le Dr Lagarde (*Gazette médicale de Paris*, 11 janvier 1911, art. « Prothèse nasale » a montré les résultats obtenus dans sa pratique personnelle dans le problème paraffinique; entre les mains d'un chirurgien habile, un nez sinueux, cave ou en S devient rectiligne ou même légèrement vexe; d'autre part, la chirurgie endo-nasale, combinée à l'injection de paraffine, restaure un dos du nez effondré, détruit une inesthétique déviation de la cloison et modifie complètement l'allure de la physionomie, tant de face que de profil.

permis jadis aux architectes du gouvernement de faire de la prison de Fresnes un sanatorium pour apaches. Depuis quelques années, ils s'en vont gravement sur le terrain flamber les épées meurtrières des duellistes : un microbe est si vite arrivé ! Maintenant, après s'être déguisés en Touaregs pour faire acte de chirurgie, ces mêmes jobards redoutent de confier à un infirmier ou à un sous-Bertillon, d'ailleurs très entraîné, l'anodine seringue de Pravaz qui remplacera la « bonne marque au fer rouge de nos aïeux », comme dit franchement M. Icard. Car il est certain que la pratique Angleterre et la libre Amérique ne tarderont pas à adopter la méthode de l'éminent praticien de Marseille, qui la verra plus ou moins tôt revenir de là-bas comme une nouveauté.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'assurance de mes sentiments de confraternité dévoué.

Dr E. Callamand,
de Saint-Mandé.

REVUE CLINIQUE

Cas d'empoisonnement après absorption d'aspirine à faibles doses.

Les ouvrages de thérapeutique indiquent qu'on peut prendre l'aspirine à la dose de 2 à 3 grammes par jour en plusieurs prises. A cette dose elle ne donne généralement pas d'accidents.

Le *British medical journal* rapporte, dans un de ses récents numéros, un cas remarquable d'idiosyncrasie vis-à-vis de ce médicament, observé par le docteur Couwy Morgan.

Voici le fait : Une malade âgée de 60 ans, souffrant de douleurs rhumatismales, prenait 30 centigrames d'aspirine après un repas composé de cacao et de poisson. Une demi-heure après, on notait de l'œdème qui, débutant par les lèvres, se propageait ensuite à toute la face, à la langue, au pharynx. Ces accidents, qu'on attribua à une intoxication par le poisson, disparurent en 24 heures.

Les douleurs rhumatismales continuant à faire souffrir la malade, quelques jours plus tard, on lui prescrivit de prendre trois fois par jour une tablette de 0 gr. 30 d'aspirine. Trois quarts d'heure après la prise de la première tablette, l'auteur appelé, trouva la malade dans un état anxieux, avec de l'œdème de toute la face, surtout marqué aux lèvres, au nez et aux paupières. Il existait également un œdème considérable de la langue et du pharynx. En outre, les mains et les avant-bras étaient le siège d'un rash urticarien. On notait une légère dilatation des pupilles, une injection de la conjonctive. Le pouls battait à 110.

L'œdème commença à rétrocéder le lendemain pour disparaître complètement en quelques jours. Mais il est probable que si la dose eût été plus considérable, on aurait observé un œdème de la glotte qui se serait sans doute terminé par la mort.

Les manifestations cardiaques et circulatoires de l'uricémie (1), par le Dr Constant, ancien interne des hôpitaux, médecin consultant aux eaux de Vittel.

Des désordres et des troubles divers qui assaillent l'organisme au cours de son existence si précaire, « les infiniment petits sont fréquemment coupables ; mais ne crions pas toujours au microbe ; voyons, d'abord, s'il ne convient pas de nous accuser nous-mêmes. A chaque instant, dans les choses de la vie, on se heurte à la toxicité d'une série d'éléments ». C'est ainsi que s'exprimait Charrin (2).

Et si la doctrine bactérienne, d'une part, la doctrine des auto-intoxications, de l'autre, se partagent d'une façon inégale, à l'heure actuelle, l'attention du monde savant, elles correspondent cependant toutes deux à des processus toxiques.

Il serait trop long d'envisager, ici, toutes les causes ou plutôt toutes les sources d'intoxication ; j'ai voulu seulement attirer votre attention sur l'une d'entre elles, qui, cependant, malgré sa place si modeste, pour ne pas dire oubliée, dans la littérature médicale, joue un rôle prépondérant et bien défini, dans la production d'une série de troubles, jusqu'ici méconnus ou négligés ; je veux parler de l'uricémie. Réservant à des communications ultérieures les désordres qui appartiennent aux autres appareils, je ne vous entretiendrai pour l'instant que des manifestations cardiaques et circulatoires de l'uricémie.

L'uricémie peut être définie : la présence en excès variable, mais toujours abondant, de l'acide urique et des bases puriques dans le sang et les tissus.

Cette rétention se complique aussi de celle d'autres produits toxiques provenant de la destruction des albuminoïdes, en particulier de ces alcaloïdes physiologiques (leucomaïnes) qui, avec l'acide urique, produisent les phénomènes morbides multiples dont les organes sont le siège.

L'auto-intoxication se trouve donc réalisée à la fois et surtout par l'acide urique et ses composés auxquels s'ajoutent d'autres poisons ; elle trouve sa raison d'être et sa source dans l'impuissance des reins à éliminer tous les déchets qui leur arrivent et dans l'insuffisance hépatique, au point de vue de la transformation des poisons.

L'acide urique est un poison ; il se comporte, en particulier, comme les poisons du cœur et il est aidé dans son œuvre néfaste et envahissante, par les autres poisons, tant par l'entrave qu'il apporte à la circulation et au fonctionnement des reins, par conséquent à leur élimination, que par son influence nocive, comme la leur, sur la vie cellulaire.

Sa quantité est parfois considérable ; j'ai trouvé jusqu'à 3 gr. 15 d'acide urique libre par litre, sans compter l'abondance des dépôts d'urate de soude, dans la même urine.

Les signes de l'intoxication uricémique, s'ils ne font pas grand éclat, sont cependant assez nombreux :

1. *La fatigue générale, avec une lassitude plus accusée le matin au lever que le soir au coucher ;*
2. *La paresse intellectuelle et la diminution de la mémoire ;*
3. *L'indifférence ou le dégoût pour le travail;*
4. *Les troubles nerveux et les modifications du caractère* (irritabilité, mélancolie, hypocondrie, neurasthénie ou sensibilité exagérées) ;
5. *L'insomnie fréquente;*
6. *Les douleurs vagues, articulaires ou musculaires;*
7. *La lombalgie très accentuée;*
8. *L'hypertension artérielle et parfois des troubles circulatoires ou cardiaques ;*
9. *Des urines rares, épaisses et chargées de déchets uratiques.*

L'étude de ces symptômes faisant l'objet d'un travail spécial, je ne vous entretiendrai pour le moment que des manifestations circulatoires et cardiaques qui sont parfois la conséquence de l'uricémie prolongée.

J'ai publié, l'an dernier, dans votre Société, « un cas d'insuffisance mitrale passagère due à l'uricémie. » Il est inutile de reproduire ici l'observation tout entière ; un court résumé suffira à en renouveler l'intérêt tout particulier. Il s'agissait d'un confrère vu en 1902, qui présentait tous les signes de l'arthritisme et de l'uricémie, avec une insuffisance mitrale, compliquée d'hypertrophie cardiaque. Le malade, venu à Vittel, sur mes conseils, vit en dix jours, sous l'influence des eaux et du traitement général, le souffle cardiaque disparaître avec les signes de l'uricémie et l'élimination très abondante et progressive de l'acide urique. Depuis cette époque, et je le vois tous les ans, le souffle n'a pas reparu, les manifestations uricémiques ont cessé et il n'est resté de la tourmente que l'hypertrophie cardiaque, conséquence fatale du surmenage du muscle cardiaque.

Dès lors, cette question avait commencé à me passionner et je continuai à observer de très près les désordres divers que présentaient les uricémiques qui m'arrivaient à la station.

Je laisse de côté les manifestations qui appartiennent en propre aux autres appareils et voici dans un tableau succinct, avant d'en entreprendre l'étude et d'en rechercher les causes, le résumé des manifestations circulatoires et cardiaques que j'ai pu rencontrer.

Troubles cardiaques :

Endocardites : souffles, bruits ;
Méiopragie cardiaque;
Fausses angines de poitrine;
Angoisse;
Palpitations;
Oppression, dyspnée;
Tendances syncopales.

Troubles circulatoires et vasculaires :

Hypertension artérielle;
Arythmie;
Intermittences;
Irrégularités;
Retentissement du pouls;
Ralentissement de la circulation périphérique.

Il ne faudrait cependant pas croire que l'ensemble de tous ces désordres constitue le cadre habituel de l'uricémie ; si certaines manifestations, comme l'hypertension artérielle, apparaissent fréquemment sur la scène, il ne s'ensuit pas que tous les uricémiques présentent des troubles vasculaires ou cardiaques. Certaines et beaucoup de ces manifestations sont heureusement rares, ne constituent très souvent qu'une exception ; et ce tableau, qui, au premier abord, paraît très étendu, résume seulement les différents syndromes répartis et recueillis au cours de mes nombreuses investigations ; leur isolement en signale la rareté.

Je commencerai, tout d'abord, par les endocardites (souffles et bruits) dont l'interprétation est délicate et complexe.

En effet, les deux principaux facteurs qu'il est possible d'envisager dans la production de ces désordres sont, d'un côté, l'encombrement circulatoire, de l'autre, l'intoxication sous toutes les formes, en raison de l'infinie variété de toxines que charrie le liquide sanguin.

L'encombrement circulatoire est une source de fatigue pour le cœur et il est évident, comme je l'écrivais dans une publication récente, « que le surmenage imposé au cœur retentit sur tout l'organe et que les piliers chargés de l'occlusion de la valvule mitrale, fatigués aussi, intoxiqués, n'accomplissaient qu'imparfaitement la tâche qui leur était dévolue. J'ai tout lieu de croire aussi que, étant donné la quantité de déchets uratiques encombrant la circulation, quelques concrétions aient pu se fixer sur la face interne des valvules et apporter ainsi une nouvelle gêne à leur occlusion. Le sang, débarrassé de ses déchets par le traitement, lavé, pour ainsi dire, la circulation revenant aussi plus active, ces concrétions diluées ont été entraînées et éliminées par le rein. »

Cette question des dépôts peut être envisagée, si l'on songe à la quantité considérable d'urates que certains sujets éliminent, que la composition du sang s'accommode mal d'un tel excès, surtout si les reins sont insuffisants à éliminer tous les déchets en circulation ; chose possible aussi, si l'on envisage que l'acide urique se dépose partout, dans tous les tissus, dans tous les organes, que les articulations

(1) Communication faite au Comité Médical des Bouches-du-Rhône.

(2) Charrin. — *Les Poisons de l'organisme. Poisons de l'urine.*

en crépitant; il est difficile de concevoir que le canal qui les charrie n'en est pas encrassé, comme la cheminée qui nous réchauffe se couvre des résidus noirâtres des différents matériaux dont elle assure la combustion.

Cependant, les expériences effectuées chez les animaux n'ont pas donné les résultats que l'on était en droit d'espérer.

Boinet et Romary (1897), dans leurs recherches sur l'influence de l'acide urique et des urates dans la production des aortites, ont trouvé une seule fois, après grattage préliminaire de l'aorte, une ou deux plaques jaunes gélatineuses.

D'autre part, les expériences que M. le Professeur agrégé Robert, de Nancy, a bien voulu, sur ma demande, tenter chez le lapin, en injectant, soit sous la peau, soit dans les veines, des solutions d'urates neutres de soude à 1 0/0 et 1/200, n'ont donné aucun résultat, en tant que production de dépôts sur les valvules. Il est vrai que le lapin, possédant des humeurs fortement alcalines, constitue un milieu peu propre à favoriser les dépôts uratiques.

L'alimentation carnée réaliserait peut-être la condition la plus favorable à la production de ces dépôts. En admettant que cette production soit possible, il faut reconnaître que certaines conditions, peut-être absolument nécessaires, indispensables, ne sont pas et surtout ne peuvent pas être réalisées dans ces expériences, en particulier la composition du sang, avec ses variantes, ses toxines diverses, l'état des vaisseaux, l'hypertension, etc. Que sais-je encore ? En tout cas, le milieu spécial fait défaut.

Ne trouvant pas dans la production des dépôts, dont la preuve est difficile à établir, la raison principale de la production des souffles, j'ai cherché dans l'intoxication leur raison d'être.

« Une intoxication, dit Chantemesse, crée, dans le liquide sanguin, des propriétés nouvelles, susceptibles de durer très longtemps. On sait, par exemple, que l'agglutinine peut persister des années dans le sang des anciens typhiques. L'intoxication produite par la rétention des matériaux d'origine organique peut créer aussi des propriétés nouvelles, qui favorisent, d'un côté, le travail de sclérose, comme elles peuvent être la cause de ces modifications passagères dans le rythme cardiaque et les fonctions valvulaires, dont on ne s'explique pas facilement le mécanisme, mais qui éclaireraient cependant leur caractère transitoire. »

Sans entrer dans le développement de cette théorie myogène, assez séduisante, dont cependant je n'admets pas l'exclusivisme, en soutenant que l'appareil musculaire du cœur peut, à lui seul, indépendamment de ses ganglions et de ses fibres nerveuses, assurer la révolution normale, il ne faut cependant pas oublier que, comme tout muscle, le cœur peut subir toutes les influences toxiques ou autres, capables de modifier ses propriétés ; et alors, il est facile de se rendre compte, d'un côté, quel vaste champ d'action s'ouvre devant l'intoxication propagée par la voie sanguine ; de l'autre, quelle diversité de troubles peuvent apparaître, suivant l'importance, la diffusion et le degré de l'intoxication.

L'acide urique se comporte comme les poisons du cœur dont l'action a été bien décrite par Vianlt et Jolyet (*Physiologie*, 1903) : *augmentation de l'amplitude de la pulsation du cœur ; irrégularité des mouvements du cœur ; perte ou diminution de la contractilité du myocarde.* C'est un coin du tableau de l'uricémie.

L'intoxication est réalisée par l'ensemble des déchets, produits de la désassimilation et surtout par l'acide urique et les bases puriques, rassemblés en masse plus ou moins diluée, dans le liquide sanguin, en contact avec les éléments musculaires chargés spécialement de l'occlusion des valvules : par toutes les toxines puisées dans le milieu intestinal parmi les parties utiles à l'entretien des tissus (ptomaïnes, leucine, tyrosine) ; par l'infection latente sous la forme de microbes somnolents qui attendent, d'un affaiblissement momentané de l'organisme, le moment favorable pour se précipiter, à l'aide de leurs sécrétions dangereuses et un instant exaltées sur un être qui se défend mal et qui devient une proie facile à terrasser.

D'autre part, l'élévation de la tension artérielle est une cause de faiblesse relative du myocarde ; dans ces conditions, le muscle se défend mal contre l'envahissement et, puisqu'il est prouvé que le muscle renferme de l'acide urique, le sang, surchargé, étant incapable d'enlever au fur et à mesure tous les déchets formés, il en résulte fatalement, qu'à côté de l'intoxication, il peut se produire aussi de l'encombrement des éléments contractiles, chose difficile à prouver, mais que le raisonnement rend évident, par la surcharge sanguine, d'un côté, l'épuration rénale insuffisante, de l'autre, la quantité des urines baissant au-dessous de la normale. Voilà donc, un muscle, intoxiqué d'un côté, encombré de l'autre ; il n'en fallait pas tant pour le faire succomber. Il devient, à son tour, incapable de remplir complètement sa tâche et, malgré le système nerveux, qui vient plus ou moins à son secours, parce qu'il est, lui aussi, dans ses terminaisons, comme dans ses centres ganglionnaires, plus ou moins envahi par l'intoxication, son insuffisance devient plus ou moins marquée et crée la divergence et la variabilité de tous les signes que l'on peut rencontrer à l'auscultation, depuis le souffle nettement caractérisé jusqu'au bruit râpeux, signes qui dénotent le degré plus ou moins important d'inocclusion de la valvule.

Il faut donc considérer, avec Hucbard, le souffle, non pas tant, comme le produit possible de dépôts uratiques qui gênent l'occlusion de la valvule, chose possible mais insuffisamment démontrée, mais « comme la résultante de la fatigue de la fibre musculaire cardiaque par l'intoxication des piliers du cœur ou des éléments qui en opèrent la fermeture ».

« C'est dans les conditions vitales et anatomiques de la fibre musculaire, dit encore Huchard, que se trouve la clef de la pathologie cardiaque. Les altérations valvulaires ont peu d'influence sur la santé générale, tant que le tissu du cœur reste sain et dans le traitement des affections valvulaires, nous devons être guidés moins par l'état des valvules que par celui du tissu musculaire cardiaque.

« Aujourd'hui, que les cardiopathies apparaissent fonctions de maladies infectieuses ou toxiques, on songe, lorsque la prévention aura raison des pandémies, éberthiennes, bacillaires, etc., que les cardiopathies, déterminations de ces maladies, diminueront d'autant. Il appartient à l'hygiène d'empêcher bon nombre de cardiopathies évitables, puisque sont évitables, les maladies dont elles ne sont que les localisations. »

Ces considérations peuvent s'appliquer aussi aux cardiopathies heureusement rares de l'uricémie et j'ajouterai aussi aux autres manifestations (bruits, arythmie, etc.) que j'ai maintes fois constatées dans mes observations et que l'on rencontre tant du côté du cœur que du côté des vaisseaux. Elles aussi diminueront d'autant lorsque sa prévention sera moins tenace (cette question de l'uricémie ayant été très négligée) et cela, d'autant plus aisément que, mieux connues et moins rebelles que les cardiopathies des grandes infections, elles seront plus facilement et plus rapidement combattues et arrêtées dans leur évolution. L'hygiène, une médication appropriée et commode, l'action des eaux alcalines, en auront vite raison, et c'est ainsi que l'on pourra édifier, de bonne heure, une digue protectrice et solide contre la marche envahissante de l'artério-sclérose, qui, procède de l'arthritisme et aussi de l'intoxication.

C'est ainsi que l'on évitera la production de cette hypertrophie cardiaque que j'avais constatée et signalée dans l'observation du confrère et qui était la conséquence de la lutte, de l'effort incessant, du surmenage du cœur, obligé d'envoyer à tous les territoires organiques le sang nécessaire à la nutrition et à la vie des cellules.

Il faudra donc désormais à côté de la bacillose du jeune âge, des infections de la fièvre typhoïde, de la diphtérie, de la syphilis, etc., rechercher l'étiologie de certaines cardiopathies dans l'uricémie et leur réserver une place à part, dans le cadre si intéressant et si vaste des affections cardiaques.

Si les souffles sont une rareté dans la pathologie cardiaque de l'nricémie, les bruits, que l'on peut constater du côté des orifices, sont plus fréquents; leur siège de prédilection est la valvule mitrale. Ils affectent généralement plusieurs tons, suivant leur degré d'intensité, mais, ordinairement, ce sont plutôt des bruits de frottement ou des bruits râpeux. Ils ont, ou un caractère de dureté, ou bien on a la sensation d'un frottement doux, que je désigne quelquefois dans les observations, sous le nom de *bruit râpeux*, très légèrement soufflé. Ils s'accompagnent ou non de troubles ou de modifications du côté du pouls ; ils coïncident généralement avec des tensions artérielles assez élevées chez des individus depuis longtemps en état de mal uricémique. On les trouve associés quelquefois à une légère hypertrophie du cœur, ce qui indiquerait l'ancienneté du début de la lésion et une élévation très accusée de la tension artérielle.

Ils sont généralement uniques, c'est-à-dire localisés à un seul orifice, mitral toujours, tricuspidien jamais et toujours au premier temps de la révolution cardiaque, ce qui indique surtout leur origine dans un défaut dans la contraction du ventricule ou dans l'occlusion des valvules mitrales.

Ces hruits sont généralement passagers et facilement réductibles par le traitement spécial de la diathèse.

Quant à lenr production, ils reconnaissent les mémes causes que les souffles que j'étudiais plus haut ; il n'y a qu'une différence en moins dans la fatigue du cœur et des différents éléments dont l'action concourt aux fonctions normales de l'organe, qu'un degré en moins dans l'intoxication, dans la méiopragie cardiaque. Ils semblent être plus particulièrement en rapport avec la valvule méme, avec son degré de contractilité, et je crois ne pas trop m'avancer dans le parallèle suivant en disant que les souffles, sans en changer les causes productrices, dénoteraient plutôt l'inocclusion de la valvule, en tant que lésion, tandis que les bruits traduiraient plutôt la géne, l'effort pénible, et la difficulté de l'occlusion, sans lésion, sous l'influence des différents facteurs énoncés plus haut. Quant à la fatigue du cœur ou méiopragie cardiaque, elle se traduit sous les différentes formes que je viens d'énumérer et d'étudier (souffles, bruits, hypertrophie); elle obéit aux mémes causes d'intoxication, de surmenage, etc.

Cette fatigue du cœur a des conséquences évidentes et très marquées sur le rythme du cœur, par l'affaiblissement des contractions cardiaques ; j'y reviendrai à propos des lésions vasculaires ; enfin, très souvent, ces contractions sont souvent si affaiblies que l'auscultation est difficile, les hruits du cœur étant très atténués.

J'arrive à d'autres phénomènes aussi intéressants, tels que les palpitations, la dyspnée.

les fausses angines, l'angoisse, la tendance syncopale.

Les palpitations sont attribuées, suivant les uns, à une affection du cœur (Gendrin) ; pour d'autres (Sénac), « les palpitations surviennent surtout dans les maladies où il n'y a aucun vice du cœur ». Et il en est ainsi, du moins en ce qui concerne l'uricémie ; il n'y a pas ici, ni dans les observations où j'ai pu les constater, de maladies de cœur ; seule, l'intoxication peut être incriminée et les palpitations dont se plaignent les malades sont bien de nature essentiellement toxique. Toxiques par les différentes infections et toxines que véhicule le sang dans son cours, mais surtout toxiques par les déchets uratiques, poisons musculaires et nerveux, qui apportent des troubles dans la contractilité de l'organe.

Outre cette origine toxique, les palpitations peuvent être produites par vaso-constriction périphérique ou avoir une origine réflexe due à des troubles gastriques.

La dyspnée ou l'oppression que l'on rencontre dans une foule d'affections est une manifestation rare chez les uricémiques ; je ne l'ai rencontrée que quatre fois. Quand elle apparaît, elle est surtout d'origine toxique et en rapport avec la lenteur d'une circulation encombrée qui ralentit aussi les échanges gazeux respiratoires, en même temps que la vaso-construction périphérique, une insuffisance rénale momentanée, ne permettent pas l'évacuation assez rapide de tous les déchets dont la circulation est chargée. Les recherches de Klemperer sur l'acide urique dans la dyspnée ont révélé sa présence en quantité assez importante, ce qui semblerait démontrer son influence surajoutée à celle des autres éléments toxiques, dans la production de cette manifestation. En résumé, la dyspnée indique la gêne de la petite circulation.

A côté de celle-ci, il faut signaler des manifestations de fausse angine de poitrine heureusement rares, de douleurs angineuses (Merklen) qui coïncident généralement avec une tension artérielle élevée et une saturation intense de l'organisme et de la circulation par les déchets puriques. Le syndrome angineux n'est, en somme, que l'expression de la souffrance du plexus cardiaque, irrité, soit dans ses origines, soit dans son trajet, soit dans les centres nerveux même ; il serait une expression subjective de l'épuisement du myocarde. Cependant, il ne faudrait pas s'imaginer retrouver, comme symptomatologie, dans ce mot d'*angor*, le tableau pénible décrit par les auteurs à propos des angines de poitrine vraies ou fausses ; chez les uricémiques, ces manifestations rares et spontanées ne sont que de peu de durée et se rapprochent plutôt de l'angoisse précordiale ; en un mot, ce syndrome se confond plutôt avec la dyspnée angoissante, avec une sensation d'étouffement qui oblige quelquefois les malades à s'arrêter aussitôt.

Je n'entreprendrai pas de reprendre ici la discussion sur les angines de poitrine d'origine cardiaque, dont le cadre vient d'être étudié par Beau, P. Merklen, Lauder Brunton, du côté de la distention cardiaque ; toutefois, je possède l'observation intéressante d'un malade qui m'arriva à Vittel avec le diagnostic porté en 1902, par un professeur éminent d'accès d'angor par coronarite commençante. C'était un neuro-arthritique ; je n'ai vu ce malade qu'après la disparition de ces phénomènes qui avaient apparu quatre ou cinq ans auparavant et après qu'il eût suivi un régime sévère, car sa situation s'aggravait d'un certain degré d'éthylisme. Malgré cela, j'ai tout lieu de croire que l'uricémie et l'intoxication étaient les principaux facteurs de ces désordres, car la disparition des accès ayant coïncidé avec celle des signes de l'uricémie, avec une élimination abondante d'acide urique, avec une hygiène convenable, avec le succès du traitement dirigé essentiellement contre l'arthritisme, il n'est pas douteux que ces accès d'angor étaient la conséquence d'un état diathésique, où l'uricémie se compliquait malheureusement d'éthylisme.

En somme, le syndrome angineux chez les uricémiques relève des causes suivantes, l'irritation du plexus cardiaque par l'intoxication sous les formes multiples que j'ai déjà signalées et d'une cause réflexe, qu'elle soit basée sur la disposition névropathique du sujet ou qu'on la trouve dans un trouble fonctionnel gastrique ou gastro-hépatique. « L'état névropathique du sujet, un sujet simplement neuro-arthritique est plus qu'un autre prédisposé aux névralgies ou même aux névrites du plexus cardiaque » (E. de Massary). J'ajoute à cela, que ces malades possèdent une tension artérielle élevée ; sachant, d'un autre côté, que toutes les causes qui augmentent momentanément la pression artérielle et le travail du cœur, tout en étant une cause de faiblesse relative du myocarde, sont facteurs d'accès angineux, on aura là, avec l'intoxication, l'explication complète de ces phénomènes atténués constatés chez les uricémiques.

Quant aux tendances syncopales, elles n'ont aucun rapport avec l'état du cœur ; elles dépendent tout simplement de l'état nerveux du sujet.

J'aborde maintenant les *manifestations circulatoires de l'uricémie*.

Du côté de l'aorte, je n'ai jamais rien trouvé ; d'ailleurs, s'il existe des lésions capables d'être décelées par l'auscultation, elles appartiennent à des phases trop avancées de la diathèse, pour qu'il soit permis de les attribuer à l'uricémie période de début.

L'hypertension artérielle de l'uricémie a ses caractères propres, qui permettent de la différencier de celle de l'artério-sclérose ; elle fait l'objet d'une étude toute spéciale de ma part, dont j'extrais un résumé :

1. L'hypertension de l'uricémie apparaît à tout âge, et souvent de très bonne heure, de 20 à 40 ans ; celle de l'artério-sclérose correspond à un âge plus avancé, 40 à 50 ans ;

2. L'une est variable, mobile, subissant les influences de l'épuration urinaire, l'autre est constante, toujours égale et en rapport avec l'insuffisance rénale (néphrite latente ou confirmée) ;

3. Celle de l'uricémie est en relation directe avec la surcharge sanguine : celle de l'artério-sclérose correspond aux lésions des tuniques artérielles ;

4. La première est facilement réductible et disparaît aussi rapidement que la cause dont elle émane ; l'autre est irréductible et persiste avec ce caractère, parce qu'elle provient de causes devenues elles-mêmes irréductibles (sclérose artérielle et viscérale) ;

5. L'une est une manifestation passagère ; l'autre est une lésion définitive ;

6. L'une n'est pas en rapport avec des modifications dans la constitution des vaisseaux ; l'autre est la résultante d'un travail d'épaississement, de sclérose des parois ;

7. Celle de l'uricémie, quoique capable de s'élever à 23 ou 24 (2 cas), en moyenne 20 à 21 n'atteint jamais les chiffres élevés de l'artério-sclérose où 25 est un chiffre fréquent.

8. L'uricémie présente plutôt une diminution dans la quantité des urines, l'hypertension de l'artério-sclérose s'accompagne souvent de polyurie et de pollakyurie ;

9. Le pouls est tendu sans dureté, faiblement résistant dans l'uricémie, tandis qu'il est dur et résistant dans l'artério-sclérose ;

10. L'une n'implique pas de lésions rénales, tandis que l'autre est généralement un signe de néphrite ;

11. Dans l'uricémie avec hypertension, le système veineux est intact : tandis que dans l'hypertension de l'artério-sclérose, il est plus ou moins altéré ;

12. L'une s'accompagne de troubles de peu d'importance où domine la trace de l'intoxication ; l'autre provoque tout un cortège de troubles généraux, viscéraux, d'accidents cérébraux, etc., en rapport avec des altérations organiques plus ou moins étendues où l'on retrouve la marque de la sclérose ;

13. Le pronostic de l'une est bénin : celui de l'autre est fatal et associé à l'évolution de la maladie, avec les conséquences redoutables, qui en sont l'aboutissant forcé (hémorragie cérébrale, hémiplégies, néphrites, etc.).

14. L'une cède facilement et définitivement à des moyens hygiéniques et à une thérapeutique causale ; l'autre n'est que momentanément et médiocrement influencée par les médicaments, pour reparaître, d'ailleurs, presque aussitôt, leur cessation ;

15. Toutes les deux sont justiciables du lavage par les eaux alcalines, Vittel, par exemple ; cependant, celle de l'artério-sclérose, dans la période avancée, constitue une contre-indication formelle à une cure même prudente.

L'hypertension uricémique n'est donc pas celle de l'artério-sclérose : non traitée, elle peut, évidemment, à la longue, devenir la cause de lésions artérielles et, par conséquent, se confondre avec elle.

C'est pour cette raison que ce symptôme ne doit pas être négligé, mais, suivi de près chez les uricémiques et il devra être combattu par l'hygiène, le régime et la thérapeutique hydro-minérale, jusqu'à sa disparition d'ailleurs très facile, comme je l'ai déjà signalé.

Arythmies.— Les arythmies sans tachycardie, dit Huchard, sont d'ordinaire peu graves ; elles sont souvent d'origine toxique ou réflexe. C'est bien le cas des arythmies des uricémiques ; je n'ai jamais constaté de tachycardie, plutôt du ralentissement du pouls, syndrome naturel et rationnel, puisque l'on constate généralement une faiblesse du myocarde, sous l'influence de l'intoxication uricémique.

« Une cause fréquente de la faiblesse du cœur dit encore Huchard, est dans la disproportion entre la résistance insuffisante du myocarde et les obstacles qu'il doit vaincre ; obstacles au niveau de la petite circulation dans tout le réseau vasculaire du poumon dont l'état de contracture forme comme un barrage au-devant du cœur droit, obstacles dans la grande circulation, dans tout l'arbre aortique, où l'hypertension sanguine forme un autre barrage au devant du cœur gauche. Aux confins des deux systèmes circulatoires, les deux freins vasculaires sont trop serrés et le cœur lutte contre eux par les palpitations et la tachycardie, jusqu'à ce qu'il commence à donner, par l'arythmie, le signe de son épuisement contractile. »

Et si l'on se souvient de l'étroite connexité qui existe entre les divers éléments du cœur, de sa structure réticulaire, il n'y a rien d'étonnant à ce que le moindre désordre produit en un point quelconque du cœur, entraîne immédiatement un trouble dans son fonctionnement.

J'en dirai autant des intermittences, des irrégularités du pouls, constatées plusieurs fois chez les malades ; elles procèdent de la même origine et des mêmes causes que les troubles précédents.

Quant au ralentissement du pouls, c'est un phénomène très fréquent chez les uricémiques quoiqu'il ne soit pas de règle ; il indique déjà un degré avancé dans l'uricémie.

On peut et on doit même considérer l'acide urique et les déchets puriques qui encombrent la circulation, comme jouant un rôle analogue à certains poisons du cœur et les assimiler comme effet aux solutions concentrées de bile, aux sels biliaires, aux acides acétique, tar-

trique, citrique, phosphorique, etc., qui ralentissent les pulsations.

A en juger par la multiplicité des effets de l'intoxication uricémique, l'acide urique et ses congénères apparaissent non pas seulement comme des poisons musculaires (fibre cardiaque, muscles striés, lisses, etc.), mais aussi comme des poisons nervins (fibres, cellules, ganglions, etc.).

En résumé, l'uricémie est capable de produire, du côté du cœur et des vaisseaux, une série de troubles et de manifestations, dont je viens de faire l'énumération ; son action peut, à la longue, devenir funeste et dangereuse, soit en accentuant les lésions qui deviennent alors définitives, soit en précipitant le malade vers la sclérose.

Au contraire, si l'on y prend garde de bonne heure, à l'encontre des infections, des grandes pirexies, etc., qui créent des désordres presque toujours durables, ces modifications ne sont que passagères et disparaissent très rapidement sous l'influence d'un traitement approprié où l'hygiène, le régime, les eaux alcalines du genre Vittel, doivent tenir la première place.

⁂

Le traitement des eaux minérales doit être complété par la médication de l'Urodonal *qui constitue, sans aucun doute, la meilleure des post-cures après une saison à une station minérale, en assurant d'une façon absolue l'élimination de l'acide urique et des principes xantho-uriques.*

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Le traitement complémentaire de l'insuffisance ovarienne.

Pour combattre les accidents de l'insuffisance ovarienne, le traitement opothérapique est avantageusement complété par un certain nombre de précautions hygiéniques, par une pratique rationnelle de la physiothérapie et aussi par une médication appropriée.

En ce qui concerne l'hygiène, il n'est pas douteux que l'observance de certaines prescriptions est capable de rendre de grands services.

Dès 1886, Lawson Tait, dans son *Traité des maladies des ovaires* (édition française) signale les inconvénients du travail cérébral trop intensif chez les jeunes filles, ce travail prédisposant à la congestion ovarienne dont les effets peuvent être d'enrayer pour longtemps le fonctionnement normal des ovaires et ainsi de conduire à la stérilité.

De même Freund, plus antérieurement encore, avait constaté que la paramétrite atrophique succédant aux affections utéro-ovariennes négligées, amenait une diminution progressive de la menstruation aboutissant à la stérilité et à la ménapause précoce.

Mais, ces remarques qui datent d'un temps où la notion d'insuffisance ovarienne n'était point acquise contiennent des indications précises sur la prophylaxie de cette insuffisance.

C'est ce qu'a en effet fort bien compris Jayle, qui préconise la prophylaxie de l'insuffisance ovarienne de la formation chez les filles du peuple, dans les grandes villes, par une hygiène meilleure de l'habitation, par l'aération des quartiers populeux, la suppression des logements insalubres, par la lutte contre l'encombrement, par la multiplication des colonies de vacances, permettant à un nombre de plus en plus élevé de petites citadines, des séjours de plus en plus répétés à la montagne ou à la mer.

L'expérience, au reste, n'est plus à faire des heureux résultats que procurent les changements d'air, le séjour à la campagne et surtout la cure d'altitude ou la cure marine chez les habitants des grandes villes.

Ne sait-on pas, en effet, que loin de son habitation urbaine, la jeune fille, la jeune femme mal réglées voient souvent leur menstruation irrégulière ou même absente, en tout cas, presque toujours insuffisante, se régulariser correctement.

L'exercice au grand air, en particulier la marche, si facile à proportionner aux forces de la malade, les soins de la peau — frictions sèches au gant de crin, frictions à l'alcool, lotions, tubs froids ou tièdes, bains tièdes — répétés régulièrement, les bains salés, l'hydrothérapie et dans certains cas l'électricité sous forme de d'Arsonvalisation, quant il y a tendance à l'artério-sclérose, constituent le cycle des précautions hygiéniques les plus propres à assurer la prophylaxie de l'insuffisance ovarienne.

Venons à présent aux médications thérapeutiques. Celles-ci peuvent être variées. De tradition, l'on recommande la médication ferrugineuse, la médication arsenicale pour les insuffisances de la formation et celles de la période d'activité sexuelle et la médication bromurée ainsi que les purgations pour combattre les troubles de la ménopause.

Contrairement à ce que l'on pourrait supposer, l'opothérapie ne contredit nullement ces médications qui, en réalité, sous la condition d'être judicieusement appliquées, s'allient fort bien avec elle.

C'est ainsi que les ferrugineux ne doivent être donnés qu'au moment de la formation et encore seulement en l'absence de règles déviées, en l'absence aussi de fragilité des poumons, que les arsenicaux peuvent être utilement associés au corps jaune dans les insuffisances ovariennes de la formation et dans celles de la période d'activité sexuelle et que à l'époque de l'âge critique, contre les troubles vaso-moteurs et les troubles nerveux, l'on se trouve communément bien de recourir à la médication bromurée. De même il en est des purgatifs.

« A la médication bromurée, écrit M. le Dr Jules Batuand, il était traditionnel d'associer, autrefois, les *purgations répétées*, pendant la période de l'âge critique. On ordonnait généralement une eau purgative saline, naturelle, prise le matin à jeun, tous les quatre à cinq jours, à dose suffisante pour obtenir une seule selle liquide, la dose variant, bien entendu, suivant la malade et suivant l'eau choisie : Hunyadi-Janos, Pulna, etc. D'une façon habituelle, on n'observait que des avantages à cette manière de faire.

« La fréquence actuelle de l'entérite mucomembraneuse, la fragilité devenue beaucoup plus répandue de l'appendice, depuis un certain nombre d'années, doivent restreindre beaucoup, désormais, l'emploi des purgatifs répétés. Chez les femmes trop constipées, l'usage des divers régulateurs de l'intestin (Jubol), trouvera une indication journalière et des cures à Châtel-Guyon ne pourront que se montrer utiles. Dans les cas, nombreux, où l'on observe des fermentations intestinales, à cette époque de la vie, les diverses préparations de ferments lactiques sont tout à fait recommandables. Dans tous les cas, un régime alimentaire supprimant les aliments indigestes et ceux qui sont susceptibles de favoriser les fermentations secondaires, dans l'estomac et dans l'intestin, devra être institué, en tenant compte des variétés individuelles. Grâce à ces prescriptions médicamenteuses et à ce régime, on évitera souvent, aussi bien qu'on pouvait le faire à l'aide des purgations répétées tout au moins, les poussées cutanées, l'eczéma, le prurit, la couperose, etc., qui viennent s'ajouter aux autres malaises de la ménopause. » (1)

(1) Dr Jules Batuand. Insuffisance ovarienne et opothérapie ovarienne, *Revue des maladies de la nutrition*, juin 1911, p. 259.

On le voit, ce n'est donc pas sans utilité qu'à côté du traitement opothérapique l'on poursuit un traitement hygiénique et aussi médicamenteux de l'insuffisance ovarienne. Ainsi, comme le dit fort justement M. le docteur Batuand, ce traitement complémentaire est-il toujours utile à connaître, puisque, même pour les circonstances où il ne peut prétendre qu'au titre d'adjuvant, il se montre déjà souvent comme un adjuvant précieux à ne pas négliger et que dans d'autres circonstances il présente sans aucun doute une valeur prophylactique indiscutable ou même une valeur curative d'une réelle importance.

CARNET DU PRATICIEN

Scrofule

Les Drs Broca et Le Gendre, indépendamment des moyens généraux, grand air, régime, hygiène, etc., recommandent d'utiliser comme médicaments, alternativement l'iode et les iodiques, l'iodoforme, l'arsenic, le fer, le tannin.

A. Faire prendre successivement pendant 15 jours, chacune des préparations suivantes :

1° Iodoforme .... 0 gr. 60
Extrait de gentiane .... Q. S.

Pour 30 pilules 2 à 4 par jour.

2° Liqueur arsenicale de Fowler, 4 à 10 gouttes par jour.

3° Iodure de calcium .... 6 grammes
Eau de chaux .... 50 —
Eau distillée de menthe .... 100 —

2 à 4 cuillerées à café par jour.

4° Sirop d'iodure de fer, 2 à 3 cuillerées par jour.

B. Trois fois par semaine, un bain de 20 minutes contenant :

Bromure de sodium .... 10 grammes
Chlorure de sodium .... 500 —
Carbonate de soude .... 100 —

C. On emploiera encore le vin iodo-iodnré suivant dans les *hypertrophies ganglionnaires* et *amygdaliennes* en variant la dose suivant l'âge et en le donnant toujours à la fin des repas :

Teinture d'iode .... 5 grammes
Iodure de sodium .... 15 —
Sirop de gentiane .... 200 —
Vin de Banyuls .... Q. S. pour un litre

D. Quand le développement du squelette paraîtra se faire péniblement.

Phosphate de soude ..... 5 à 10 grammes
Phosphate de potasse ... 5 à 10 —
Sirop de quinquina ..... 200 —
Vin de Malaga ou de Lunel Q. S. pour 1 litre

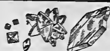
On obtient d'excellents résultats chez les enfants de 10 à 15 ans en prescrivant l'opothérapie sanguine, surtout le Globéol qui réunit les extraits des globules rouges (du sang de cheval) au fer colloïdal et au manganèse colloïdal. (1 pilule à chaque repas, 20 jours par mois).

Quant à l'huile de foie de morue, dont on a certainement abusé, elle n'est utile que si elle est très bien supportée et en ce cas, il faut qu'elle soit prise à *doses massives*. On peut d'ailleurs user de divers artifices pour la faire ingérer aux enfants ; cuiller spéciale à opercule, émulsion avec divers sirops, mélange à la bière, lavage de la bouche avec de l'eau alcoolisée avant et après, etc. Mais, à vrai dire, les enfants qui ont l'habitude de cet aliment l'acceptent facilement et il est à peu près inutile, sinon les premières fois, de prendre tant de subterfuges. L'addition de créosote à l'huile, dans la proportion de 5 à 20 grammes par litre, dans tous les cas où le scrofuleux présente du catarrhe bronchique, est tout à fait indiquée.

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 40.000 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 35, rue J.-J. Rousseau

Le Gérant : Docteur Lucien Graux.



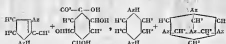
Rhumatismes



Sciatique
Gravelle
Goutte

Spécifique de
l'ARTERIO-SCLEROSE

Urodonal



Dissout l'Acide Urique

37 fois plus actif que la Lithine

Adopté
par le Ministère de la Marine
sur Avis conforme
du Conseil supérieur de Santé

Médaille d'or : Londres 1908

GRAND PRIX
NANCY ET QUITO 1909

3 cuillères à café chacune dans
un verre d'eau entre les repas
10 jours par mois
Etats aigus 3 cuillères à soupe

Service de Remplacements gratuits

A la demande de beaucoup de nos confrères, nous avons organisé à la *Gazette Médicale de Paris* un service de remplacements *gratuits*. Nous savons, en effet, que nombre de médecins hésitent à prendre des vacances et se privent d'un repos bien gagné, uniquement pour ne pas laisser leur clientèle aux mains d'un inconnu, auquel les malades pourraient ne pas réserver l'accueil bienveillant qui convient, beaucoup préfèrent ne pas prendre de remplaçants, et s'absentent néanmoins, pensant entre deux maux choisir le moindre.

Désireux de leur donner satisfaction, nous assumons volontiers la tâche d'organiser un service de remplacement; à cet effet, nous nous sommes assuré le concours d'un certain nombre de remplaçants, tous docteurs, internes au concours ou étudiants munis de 16 inscriptions.

Quant au fonctionnement de ces services, nous croyons devoir apporter certaine restriction, et ceci dans l'intérêt même du confrère qui voudra bien s'adresser à nous : nous avons l'intention de nous limiter aux remplacements d'une certaine durée, notre but étant plutôt d'assurer un service régulier à l'époque des vacances. Que ceux de nos confrères qui comptent faire une absence *prolongée*, nous écrivent quelque temps à l'avance, nous aurons ainsi toute facilité de les mettre en rapport avec leurs futurs remplaçants, probablement même de leur ménager avec eux le rendez-vous indispensable en pareille circonstance.

A NOS ABONNÉS

Nous offrons à nos abonnés les colonnes de la *Gazette Médicale de Paris*, et serons heureux de faire paraître toute annonce relative à la vente ou à la cession de leur clientèle.

Il est bien entendu que nous mettrons en rapport avec le titulaire de l'annonce ceux de nos confrères qu'elle aura intéressés.

Les abonnés ont droit à deux insertions gratuites.

POUR LES NON-ABONNÉS

L'insertion sera taxée à 0 fr. 25 le mot.

OFFRES ET DEMANDES

Joindre à chaque lettre un timbre pour transmission.
Il n'est donné de réponses que par lettres.

500. — Yonne. A céder après décès sur grande ligne chef de canton, clientèle faisant 12 à 15.000 francs, loyer 850, maison, jardin, nn cheval suffit.

501. — Docteur, disposant de comptant, prendrait suite d'un confrère dans l'Oise et départements limitrophes, banliene Paris exceptée.

502. — Docteur désirerait bon poste de campagne seul, dans région de l'onest de préférence, ferait la pharmacie.

503. — Médecin militaire retraité prendrait de suite poste faisant de 12 à 15.000 touchés. Banliene de Paris.

504. — Loiret. Clientèle campagne à céder pour raisons de santé, fixes administratifs 2.000, recettes 7 à 8.000, loyer 550, prix à débattre.

505. — Paris, quartier populeux Clientèle à céder dans de bonnes conditions, recettes 12 a 15.000 loyer 1.200, prix 12.000 dont 5.000 comptant.

506. — Pharmacien achèterait spécialité en plein rapport, écrire avec détails.

507. — Capitaliste disposerait de capitaux importants pour affaire para-médicale sérieuse, spécialité nouvelle ou eaux minérales autorisées.

OCCASIONS

Joindre à chaque lettre un timbre pour transmission.
Il n'est donné de réponse que par lettre.

N° 1. — Victoria leg. Mülbacher méc.; coupe Belvalette caout. 3/4 et tonneau id. Delage.

N° 2. — Occasion nniqne. Très belle voit. Ariès 14 HP, 4 pl. marche parfaite, à vendre avec tous access 2.560 francs.

N° 3. — Cheval 8 ans, 1 m. 47, bai brun, sage, élégant, avec du train, belles allures, en plein service.

N° 4. — Bon piano à vendre, avec b. ch. L. XV, arm. 2 gl., liter., 350 fr., s. à m. buff. 5 chaises noyer panet. 400 francs

N° 5. — A vendre une vitrine à inst. nickelée, état neuf. très jolie, a coûte 250 francs.

AVIS

Médecin connaissant bien la consultation pourrait disposer de deux après-midi par semaine et de toutes ses soirées pour faire la **consultation dans clinique**, médecine générale, gynécologie, voies urinaires, agents physiques. S'adresser au bureau du journal.

On demande **médecin sachant électro-diagnostic et radiographie**. S'adresser : Etablissement Médical, 25, rue des Mathurins Paris.

REVUE D'ASSURANCES

NOTRE NOUVEAU SERVICE

A partir de ce jour, notre nouveau service de *Détaxe des Contributions et d'Assurances* est mis gratuitement à l'entière disposition de nos lecteurs.

Nous nous sommes adjoints le concours d'une Commission de techniciens spécialistes de premier ordre qui les renseignera sur toutes les questions qni seront soumises à son examen.

Les attributions de notre nonveau service sont des plus étendues; voici la nomenclature des principales :

Contributions : Imposition foncière, contribution mobilière, cote personnelle, patentes, taxe de chevaux, voitures et automobiles

Assurance : Incendie, accidents, responsabilité civile, vol, vie.

Les avis donnés par ces spécialistes sont *entièrement gratuits*

Adresser la correspondance à la *Gazette Médicale*, service des Détaxes. (Joindre nne enveloppe affranchie pour la réponse.)

Nous engageons nos lecteurs à nons faire parvenir, *sans retard*, leurs feuilles de contributions de tontes natures. Nous leur dirons en les leur renvoyant, *sans aucun frais*, si elles sont exactes on s'ils doivent faire nne réclamation.

ÉCHOS

Le dernier des Médicis.

A l'hôpital de Mons, annoncent les journaux belges vient de s'éteindre nn descendant de l'illustre famille des Médicis.

Il s'appelait Pierre Médicis, et longtemps il remplit les modestes fonctions de portier et de sacristain à l'église Sainte-Vaudru, à Mons. Descendait-il réellement des Médicis de Florence? D'après nos confrères belges, le doute n'est pas permis. Pierre Médicis aurait fourni à plusieurs reprises les preuves irrécusables de son illustre généalogie. Il descendait, selon ses dires, de la deuxieme branche des Médicis qui eut pour chef Jean de Médicis, gonfalonier de Florence et père de Cosme de Médicis, surnommé le « Père de la Patrie ».

Les Médicis eurent, on le sait, des origines modestes et avaient atteint la fortune et la gloire. Et il est curieux de voir un Médicis finir son humble existence dans un lit d'hôpital.

Pauline Bonaparte à Plombières.

Nos élégantes qui s'en vont faire une cure à Plombières ne se doutent pas qu'au temps de Napoléon Ier, c'était une toute petite ville qui ne connaissait même pas le luxe des salles de bains.

Lorsque Pauline Bonaparte arriva à Plombières, son beau-frère Leclerc, qui était préfet, lui fit aménager, le plus confortablement possible, un appartement.

Mais cet appartement était dénué de toute salle de bains et, pour donner satisfaction à sa belle-sœur, Leclerc réquisitionna tous les soldats de la garde départementale, qui s'en allèrent dans les villages voisins pour trouver une baignoire.

Enfin le bain put être préparé et, quand Pauline entra, elle demanda :

— Et mon bain?

— Il est prêt.

— Et ma douche?

— C'est plus difficile, il n'y a pas d'appareil.

Elle réfléchit un instant, puis une idée lui vint :

— Faites percer le plafond au-dessus de la baignoire et de la chambre d'au-dessus on me donnera ma douche, ce sera très commode.

Rinçage des verres.

L'attention des médecins vient d'être attirée sur les inconvénients consistant dans l'usage des verres communs dans certaines sociétés et surtont dans l'administration de la communion chez les protestants.

On a étudié expérimentalement la source des germes infectieux sur les verres et les fourchettes.

Au point de vue des recherches sur l'efficacité du nettoyage, on a obtenu les résultats suivants :

Les verres infectés et simplement essuyés ont donné d'abondantes cultures; les verres rincés à l'eau froide et essuyés légèrement ont tonjours donné des résultats positifs; les verres lavés abondamment à l'eau et essuyés énergiquement ont donné parfois quelques colonies isolées; mais le plus souvent la plaque de gélose est restée stérile.

Les expériences faites sur les staphylocoqnes, les streptocoques, les bacilles de Lœffler, avec quelques variations dans la technique, ont donné des résultats identiques à ceux qu'on avait obtenus avec le Micrococcus prodigiosus.

Les primes à la natalité en Nouvelle-Calédonie.

Un arrêté du gouverneur de la Nouvelle-Calédonie vient de rétablir pour l'année courante la prime à la natalité accordée aux indigènes.

Cette prime de dix francs à chaque déclaration d'enfants constitue pour les femmes canaques un secours nullement négligeable. Aussi l'année dernière, en a-t-on constaté les bons résultats. L'an passé, en effet, pour la première fois on a enregistré un excédent des naissances sur les décès.

Pour l'attrait de cette faible somme, quantité de femmes ont renoncé aux pratiques abortives qui sont courantes dans ces régions.

La nouvelle mesure réalisée est donc de celles que l'on ne saurait trop encourager.

Combinée à l'assistance médicale aux indigènes qui vient d'être organisée et qui fonctionne dès à présent, elle ne saurait manquer d'exercer la plus heureuse influence.

82e Année (Série XIIIe) — N° 115 · Le Numéro : 25 Centimes · Mercredi 11 Octobre 1911

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
9, Rue Denis-Poisson, PARIS
TÉLÉPHONE : 573-40

ABONNEMENTS :

Paris et Départements	10 fr.
Union postale........	15 fr.
Edition Espagnole....	10 fr.
Edition Portugaise....	10 fr.

Les Abonnements partent du 1er Janvier

ÉCHOS

Dévouement d'un médecin.

Pendant l'épouvantable catastrophe qui vient de mettre la France en deuil, nos confrères de la marine ont donné des preuves multiples de courage et de dévouement. Le *Temps* signale que, dès la première explosion, le médecin de deuxième classe Cristau, de la *Vérité*, qui était de garde, reçut l'ordre de se rendre sur les lieux, afin de prodiguer ses soins aux premiers blessés. Il fit diligence et ne tarda pas à accoster la *Liberté*. Il venait à peine de parvenir sur le pont de ce navire que soudain détona l'effroyable explosion qui détruisait le cuirassé. Comme par une bourrasque de feu, le médecin fut emporté. Ses vêtements étaient réduits à l'état de lambeaux, sa casquette était déchirée, son sabre arraché; il avait la barbe, les cils et les sourcils roussis et il était lui-même projeté par-dessus bord et lancé au loin, à la mer. M. Cristau, qui n'avait point perdu connaissance, put nager et se maintenir sur l'eau. On le repêcha et l'on constata qu'il n'avait que des contusions sans gravité. Le médecin militaire Cristau, qui l'avait échappé belle, se remit à soigner les blessés avec un dévouement admirable.

École française de stomatologie.

L'ouverture de l'Ecole française de Stomatologie (2e année) aura lieu le lundi 16 octobre prochain.

Nous rappelons que l'Ecole donne son enseignement aux étudiants en médecine ou aux médecins désireux de se spécialiser dans la pratique de la Stomatologie (maladies de la bouche et des dents, prothèse, etc.).

Pour l'inscription et tous renseignements, s'adresser au Dr Beltrami, directeur-adjoint, au siége de l'Ecole, 20, passage Dauphine, Paris.

Les blessures occasionnées par les poudres modernes.

Un médecin de l'hôpital de Saint-Mandrier, où les blessés de la *Liberté* ont été transportés, a déclaré à un correspondant du *Temps* :

« C'est la première fois, en France, qu'on voit l'action explosive des poudres modernes. La plupart des plaies, au lieu de se présenter par des sections nettes, se font remarquer par l'état des muscles qui sont en bouillie. Les os sont fragmentés, aussi les pronostics sont très défavorables pour les amputations; les téguments sont décollés sur une très grande surface.

« Un matelot, que j'ai examiné, présente une plaie par décollement de toute la région lombaire, dans laquelle on peut introduire l'avant-bras tout entier, du bas des reins jusqu'à l'omoplate. Les gaz ont fusé sous la peau et ont produit d'immenses décollements. Par suite du mauvais état des reins, les amputations seront difficiles.

« A remarquer la fréquence des plaies du crâne. Cinq ou six blessés présentent un large enfoncement de la boîte cranienne. Deux sont morts après l'opération de la trépanation. Certains cadavres sont complètement mutilés; l'un est horriblement éventré, l'abdomen ouvert laisse échapper les intestins sortant de tous côtés. Trois ou quatre blessés ont le crâne éclaté, vide de la cervelle qui a rejailli sur les autres. Un cadavre est complètement déchiqueté, laminé; un malheureux est mort écorché vif, la peau a disparu des pieds à la tête; les articulations sont ouvertes; les os et les muscles sont réduits en bouillie. »

Cours de microbiologie.

Les demandes d'inscription sont reçues à l'Economat de l'Institut Pasteur, 30, rue Dutot, Paris (15e arrond.).

Le cours commence dans la deuxième quinzaine de novembre; il a lieu chaque jour à 1 h. 45. Les travaux pratiques suivent immédiatement après; des lettres de convocation sont adressées 15 jours avant l'ouverture du cours aux inscrits qui y sont admis.

Le prix du cours est de 100 francs, plus quelques frais facultatifs de laboratoire, le tout payable à la fin du cours.

Sommaire des leçons. — MM. Roux : Introduction à l'étude des microbes. — Borrel : Cultures pures. Préparation des milieux de culture. Pommes de terre. — Legroux : Bouillon. — Legroux : Gélatine. — Legroux : Gélose. — Metchnikoff : Morphologie des bactéries. — Borrel : Autres milieux de culture. Milieux non chauffés. — Borrel : Stérilisation par filtration. — Borrel : Technique de la fixation histologique. — Borrel : Technique de la coloration des microbes. — Borrel : Technique de la coloration des cils, des spores, des capsules. — Legroux : Séparation et numération des microbes. — Nicolle : Analyse microbienne de l'air — Roux : Analyse microbienne du sol. — Roux : Actions chimiques dues aux microbes du sol — Roux : Analyse microbienne de l'eau. — Roux : Eaux d'alimentation. — Roux : Eaux d'égout, épuration. — Borrel : Inoculations expérimentales. *(Deux leçons).*

MM. Roux : Charbon bactéridien. — Roux : Etiologie du charbon. — Roux : Prophylaxie du charbon et vaccination charbonneuse. — Nicolle : Choléra des poules. — Nicolle : Rouget du porc. — Metchnikoff : Microbes pyogènes et suppuration (Staphylocoque). — Besredka : Streptocoque. — Nicolle : Pneumocoque et microbes encapsulés. — Morax : Gonocoque. — Dopter : Méningocoque. — Metchnikoff : Choléra asiatique *(Deux leçons.)*. — Metchnikoff : Choléra asiatique et vibrions cholériques.— Besredka : Fièvre typhoïde *(Deux leçons.)*. — Besredka : Bacterium coli. — Dopter : Dysenterie. — Sergent : Fièvre de Malte. — Nicolle : Bacille pyocyanique. — Dujardin-Beaumetz : Peste bubonique *(Deux leçons.)*. — Roux : Morve *(Deux leçons.)*.

MM. Borrel : Bacille tuberculeux. — Borrel : Tuberculose *(Deux leçons.)*. — Marchoux : Lèpre. — Pinoy : Champignons pathogènes. Techniques. — Pinoy : Actinomycoses. — Pinoy : Sporotrichoses. — Sabouraud : Teignes. — Roux : Diphtérie (bacille diphtérique). — Roux : Diphtérie (toxine diphtérique). — Roux : Diphtérie (sérothérapie). — Borrel : Technique des cultures anaérobies. — Nicolle : Vibrion septique. — Nicolle : Charbon symptomatique. — Veillon : Microbes anaérobies des suppurations. — Borrel : Tétanos. Bacille tétanique. Etiologie du tétanos. — Borrel : Tétanos (toxine tétanique). — Borrel : Tétanos (sérothérapie). — Metchnikoff : Maladies à spirilles. — Metchnikoff : Syphilis *(Deux leçons.)*.

MM. Mesnil : Trypanosomes. — Mesnil : Trypanosomiases animales *(Deux leçons.)*. — Laveran : Trypanosomiase humaine. — Mesnil : Maladies à filaires. — Dujardin-Beaumetz : Péripneumonie. — Burnet : « Pestes » animales. — Marchoux : Fièvre jaune. — Marie : Rage *(Deux leçons.)*. — Levaditi : Paralysie infantile. — Burnet : Maladies éruptives. — Borrel : Cancer. — Nicolle : Désinfection par moyens physiques. — Nicolle : Désinfection par les antiseptiques. — Delezenne : Hémolysines naturelles et artificielles. — Delezenne : Mode de formation et mode d'action des hémolysines artificielles. — Delezenne : Hémo-agglutinines et précipitines. — Delezenne : Aperçu général sur les cytotoxines. — Delezenne : Venins. Toxines végétales. — Levaditi : Séro-diagnostic de la syphilis..

Le Jubol

Le Jubol forme *éponge* en prenant 16 fois son volume d'eau dans l'intestin. Il apporte à l'organisme les sécrétions biliaires et intestinales qui lui font défaut.

LE TRAITEMENT SANGLANT

DES

FRACTURES FERMÉES

Méthode de la réduction par ouverture du foyer de la fracture et de la contention double, directe et indirecte, des fragments (1)

Par M. P. ALGLAVE, de Paris

Chirurgien des Hôpitaux

Elle comporte par définition quatre temps opératoires essentiels :

L'ouverture du foyer de la fracture; la réduction; la contention directe des fragments; la contention indirecte.

1er *temps* : OUVERTURE DU FOYER DE LA FRACTURE. — L'incision qui met à découvert la fracture doit être large, pour en permettre l'examen complet et faciliter les manœuvres de la réduction et de la contention, mais elle doit respecter tout organe important du voisinage, en s'efforçant de toujours gagner l'os par le plus court chemin et à la faveur des interstices musculaires, s'il est profondément situé.

Quand elle est tracée, ses lèvres sont écartées. A cet effet, les pinces de Muzeux ou de Richelot posées à « pleins mors » sur ses bords ou les crochets rétracteurs de toutes variétés peuvent être utilisés.

L'hémostase de la plaie pratiquée immédiatement par ligatures aura l'avantage d'éviter l'encombrement du champ opératoire par des pinces à forcipressure qui seraient gênantes pour les manœuvres qui suivront.

Il importe aussi de débarrasser immédiatement le foyer de fracture du sang et des caillots sanguins qui y sont répandus et de lier en même temps les vaisseaux qui ont pu être lésés par les fragments brisés.

Loin d'être utile à la réparation, comme on a pu le croire autrefois, le sang épanché autour des fragments lui est nuisible.

La fracture est ensuite examinée au point de vue de la disposition exacte de ses fragments. Ceux-ci doivent parfois être libérés de certaines parties molles, musculaires ou aponévrotiques qui les entourent, qu'ils embrochent dans certains cas ou même qui s'interposent entre eux.

Quand il y a au voisinage de l'os brisé un tronc nerveux important, il y a lieu de l'inspecter avec soin, de juger de son état et de remédier immédiatement à toute lésion grave qu'il pourrait présenter. En toutes circonstances, il est nécessaire de le bien libérer par rapport aux os et de telle façon qu'il ne puisse être intéressé ou englobé par le cal de réparation.

S'il existe au foyer de la fracture des esquilles libres ou gênantes pour la réduction et la coaptation, il y a avantage à les enlever.

L'ablation d'une esquille pourra parfois n'être que temporaire. Replacée en bonne position, après la réduction de la fracture, elle pourra continuer à vivre et prendre part à la formation du cal.

2e *temps* : RÉDUCTION DE LA FRACTURE. — *La réduction est l'acte principal* de l'intervention.

S'il est vrai que la coaptation parfaite des fragments n'est pas toujours indispensable pour obtenir un résultat fonctionnel assez satisfaisant, il ne l'est pas moins que l'opération aura d'autant plus de valeur et son résultat définitif plus de qualités, que la réduction sera plus rigoureusement obtenue.

Il s'agit donc d'une manœuvre opératoire à l'exécution de laquelle le chirurgien doit savoir apporter toute la patience dont il est capable et où il ne doit se tenir pour satisfait que quand il a pleinement réussi.

Quelles que soient d'ailleurs les difficultés qui paraissent se présenter au moment où on aborde une fracture, Albin Lambotte (1), dont l'expérience sur ce sujet est aujourd'hui très grande, déclare que la réduction mathématique, absolue, est possible dans tous les cas récents, sauf lorsque l'os est écrasé en petits fragments multiples.

Deux ordres de moyens nous sont actuellement offerts, pour nous aider à obtenir la réduction parfaite d'une fracture dont le foyer est à découvert. Ce sont :

1° Les tractions indirectes exercées sur les fragments;

2° L'action directe par les instruments spéciaux.

Il s'agit de les combiner avec adresse et persévérance.

Les *tractions indirectes* sur les fragments mis à découvert peuvent être exercées, soit au moyen d'une vis du type de celle de Lorenz dont l'action est associée à celle d'une contre-extension, soit au moyen du *tracteur à levier* d'Albin Lambotte (2).

Ce dernier est encore à l'étude, mais, sous sa forme actuelle, il nous paraît capable de rendre les plus grands services pour la réduction de certaines fractures des os longs du membre inférieur particulièrement pour les fractures obliques. Il permet d'exercer des tractions progressives qu'on peut élever jusqu'à 150 kilogrammes et pendant lesquelles on peut porter le membre en abduction, en adduction en haut et en bas. Grâce à la manette fixée au pied, on peut exercer des mouvements dans l'axe du membre.

Cet appareil est peu encombrant et peu lourd et il est stérilisable dans ses parties voisines du champ opératoire.

Toutefois, d'une façon générale, les tractions au moyen d'appareils ne sont pas nécessaires pour obtenir la réduction des fractures récentes et la seule traction manuelle d'un aide suffit.

L'aide exerce sa traction dans le sens le plus favorable, pendant que l'opérateur agit directement sur les fragments au moyen d'instruments appropriés.

Les instruments les plus simples peuvent parfois rendre de grands services pour l'action directe sur les fragments.

Par exemple, un instrument rigide comme la rugine droite ou courbe agissant à la façon d'un levier pourra permettre d'obtenir le rapprochement et la coaptation des fragments.

Cependant, en général, il est nécessaire, pour obtenir une bonne réduction, de recourir à des instruments puissants qui sont les daviers.

Ceux qui sont actuellement employés sont encore dans certains cas les daviers d'Ollier et Farabeuf, toujours capables de rendre de bons services, mais ce sont surtout : le forceps d'Arb. Lane; les daviers de Tuffier; les daviers de A. Lambotte.

Ces derniers sont actuellement les plus perfectionnés de ces instruments.

Leur auteur a fait construire par M. Collin un davier droit et des daviers coudés.

Le *davier droit* a été construit sur le modèle du davier de Tuffier légèrement modifié. L'un de ses mors est articulé.

Le davier droit sert surtout à exercer des tractions pendant les manœuvres de réduction, ou pour la coaptation temporaire des fragments.

Il y a trois dimensions du davier droit de A. Lambotte. La plus grande sert aux sutures du fémur et du tibia; la moyenne, à celles du tibia et de l'humérus; la plus petite, à celles des os de l'avant-bras, de la clavicule, des métacarpiens... et aussi pour les opérations des gros os sur les enfants.

Les *daviers coudés* servent uniquement à coapter et à fixer provisoirement les fragments, pendant les manœuvres de la suture.

A. Lambotte en a fait construire deux modèles en trois grandeurs adaptées aux différents os, soit 6 daviers.

Les daviers précédents conviennent surtout pour la réduction des fractures diaphysaires. Pour celle des fractures épiphysaires et des fractures de la rotule en particulier, on emploie beaucoup le davier à dents de lion d'Ollier.

A. Lambotte (1) a fait modifier un peu ce dernier instrument, pour le mieux adapter encore à la fixation des fragments dans les fractures épiphysaires du coude, du genou, de la rotule.

Les *manœuvres instrumentales* à exercer directement sur les fragments pour obtenir la réduction varient suivant que la fracture est diaphysaire ou épiphysaire.

RÉDUCTION DANS LES FRACTURES DIAPHYSAIRES. — Au moment où on s'apprête à la réduction instrumentale d'une fracture diaphysaire, il importe d'examiner avec soin la situation des fragments l'un par rapport à l'autre, pour juger du sens à donner aux manœuvres qui vont permettre de les coapter. En d'autres termes, il convient de reconnaître à quelle variété de *déplacement fragmentaire* on a affaire.

A ce point de vue on peut dire que :

1° Le déplacement est *transversal* quand il s'est fait dans le sens de la largeur du membre, c'est-à-dire vers son côté interne ou externe.

Si, dans ce mouvement, les deux fragments se sont portés en direction inverse, ils ont pu s'éloigner beaucoup l'un de l'autre et laisser s'interposer entre eux des portions charnues qu'il conviendra de diviser ou de récliner pour réduire la fracture.

Les deux fragments se sont-ils portés dans le même sens, qu'ils peuvent former entre eux un angle plus ou moins aigu et parfois saillant sous les téguments de l'un des côtés du membre.

2° Le déplacement est *sagittal* quand il s'est fait dans le sens de l'épaisseur du membre, dans un plan sagittal et non dans un plan frontal, comme le précédent.

3° Le déplacement est *axial*, quand il a eu lieu dans le sens de la longueur du membre et que les deux fragments se sont avancés l'un au-devant de l'autre, ou qu'ils se sont pénétrés. Qu'il y ait *chevauchement* ou *pénétration* des fragments, il y a évidemment diminution de longueur de l'os fracturé. Le chevauchement peut se combiner avec une déviation transversale ou sagittale.

Chacune des trois variétés de déplacement peut d'ailleurs se compliquer d'un mouvement de rotation, de l'un ou l'autre des fragments, par rapport à l'axe primitif du membre.

Les différentes particularités que peut présenter le déplacement des fragments impliquent naturellement, pour obtenir la réduction, la combinaison de manœuvres de traction indirecte sur les fragments et d'action directe, qui soient dirigées en sens

(1) Extrait d'un rapport présenté au 24e Congrès français de chirurgie.

(1) Albin Lambotte. *L'intervention opératoire dans les fractures récentes et anciennes*, Lamertin, Bruxelles, 1907, p. 28 et communication orale.

(2) A. Lambotte, *Annales de la Société belge de chirurgie*, n° 9, 1909.

(1) A. Lambotte, *loc. cit.*, p. 30.

inverse du chemin qu'ils ont parcouru dans leur déviation.

Quand les fragments sont ramenés bout à bout, leur parfaite coaptation est rendue plus ou moins aisée suivant la disposition même du trait de fracture.

Si le trait de fracture est transversal, la bonne coaptation s'obtient ordinairement assez facilement, même quand le chevauchement offre une certaine importance.

Dans ces conditions, le chevauchement est parfois réduit par une simple traction sur le membre exercée par un aide. S'il résiste, l'effet de cette traction peut être combiné à celui d'un levier simple comme une rugine droite ou courbe agissant sur les extrémités des fragments.

Quand le chevauchement est considérable et difficile à réduire, il y a avantage à recourir à la manœuvre que nous appellerons la *mise en angle des fragments* suivie du redressement immédiat de cet angle.

La manœuvre dont il s'agit est particulièrement favorable à la réduction des fractures transversales avec dentelures et encoches (A. Lambotte).

Pour l'exécuter, on libère, comme il convient, les deux fragments par rapport aux parties voisines, de manière à les faire saillir dans la plaie.

A. Lambotte recommande, dans ce but, de saisir chaque extrémité osseuse avec un davier droit et d'exercer des tractions perpendiculaires à l'axe du membre.

Quand les fragments émergent, on les appuie l'un contre l'autre en plaçant les dentelures que l'un peut présenter, bien en regard des encoches de l'autre.

A ce moment, les deux fragments forment ensemble un angle plus ou moins saillant en dehors.

Il s'agit de redresser cet angle, de manière que les deux extrémités des fragments ne perdent pas contact l'une avec l'autre à aucun moment et que les irrégularités de l'une épousent parfaitement celles de l'autre.

On y parvient en redressant progressivement le membre par traction longitudinale et par pression au moyen des daviers droits, sur le sommet de l'angle que forment les fragments.

Lorsque le trait de fracture est oblique et aussi quand il s'est produit un mouvement de *rotation* ou *de torsion* d'un fragment par rapport à l'autre, A Lambotte recommande :

1° De faire exécuter une traction sur le membre de façon à placer les surfaces fracturées à peu près en regard, en même temps qu'on corrige le déplacement par rotation;

2° De placer un davier coudé au milieu du trait de fracture et de serrer progressivement, à mesure que les surfaces osseuses glissent l'une sur l'autre à cause de leur obliquité.

« Il faut, si l'affrontement n'est pas parfait, desserrer la pince et recommencer les tractions en les combinant à de petits mouvements de rotation suivant l'axe, jusqu'à ce que le trait de fracture soit réduit à l'état de simple fissure. On est averti en général que la réduction mathématique est obtenue, par la bernie que font les caillots anciens interposés entre les fragments et qui s'expriment par la pression le long du trait de fracture.

« Pour affronter facilement dans tous les cas les fractures à trait oblique, il faut posséder deux formes de daviers coudés pour la raison que le trait de fracture pouvant être situé dans un plan frontal ou dans un plan sagittal, il faut, pour que le davier remplisse son rôle efficacement, que sa pression agisse perpendiculairement aux surfaces de fracture. »

Réduction dans les fractures épiphysaires et les fractures des os courts. — Les fractures des épiphyses peuvent se présenter sous différents aspects :

Le fragment détaché de la portion principale peut être emporté à plus ou moins grande distance par la contraction musculaire.

C'est ce qu'on voit fréquemment avec les fractures de l'olécrâne, du calcanéum, ou des tubérosités épiphysaires.

Avec les fractures de la rotule à deux fragments, le fragment supérieur peut être entraîné par la contraction du quadriceps à plusieurs centimètres de l'inférieur, qui est retenu par le ligament rotulien.

Dans d'autres conditions, les fragments tubérositaires sont enfoncés et engrenés dans le tissu spongieux de l'épipbyse.

Parfois c'est la diaphyse qui s'est enfoncée dans l'épipbyse et la fait éclater en plusieurs fragments dont la disposition varie d'un cas à l'autre, etc.

Quoiqu'il en soit de la diversité des fractures épiphysaires, il faut, en toutes circonstances, s'efforcer d'obtenir leur réduction aussi complète que possible, quand, *a priori*, elles paraissent susceptibles de compromettre gravement la fonction du membre.

Pour celles qui s'accompagnent d'un éloignement du fragment détaché par rapport au corps de l'os, on pourra utiliser avantageusement le davier à dents de lion.

Pour d'autres, il sera parfois nécessaire de désenclaver ou de désengrener les fragments, pour rendre à l'épiphyse sa forme et son contour primitifs.

Pour certaines fractures intra-articulaires avec éclatement en V (coude, genou) A. Lambotte conseille de réduire en pratiquant une forte traction sur le membre, pour dégager la diaphyse de l'épiphyse, et d'affronter les fragments par pression latérale au moyen du davier à dents de lion.

3e *temps* : Contention directe des fragments après réduction. — « *L'immobilité des fragments osseux, préalablement réunis par une coaptation parfaite, est la condition qui domine le traitement des fractures, et, depuis l'origine de l'art, cette immobilité est l'objet constant des préoccupations des chirurgiens qui ont eu à soigner des membres brisés* » (Bérenger-Féraud) (1).

C'est précisément de cette idée qu'est née l'*ostéo-synthèse* dont nous allons passer en revue les divers procédés.

Ceux-ci peuvent être groupés en deux catégories :

A. — Dans les uns, l'ostéo-synthèse ne peut maintenir la réduction et assurer l'immobilité que si elle est associée à *un appareil externe* : c'est précisément la *contention double, directe et indirecte*, de la méthode que nous étudions dans ce premier chapitre.

B. — Dans les autres, par la manière dont elle est exécutée, elle suffit à elle seule à remplir ces deux conditions : c'est *la contention simple directe*, de la méthode que nous étudierons dans le chapitre suivant.

A. — Procédés de la contention double ou l'ostéo-synthèse est associée a un appareil externe. — Ce sont : 1° La ligature osseuse ou cerclage des os; 2° la suture osseuse proprement dite; 3° l'enchevillement; 4° l'engainement des fragments; 5° l'agrafage.

1° Ligature osseuse. — La *Ligature osseuse* est l'enroulement autour des fragments préalablement coaptés, d'un fil organique ou métallique qui les maintient en contact, comme le lien circulaire maintient les bouts d'un bâton cassé (Bérenger-Féraud).

Elle doit être bien distinguée de la suture osseuse proprement dite, qui consiste à traverser les extrémités des fragments d'une fracture avec un fil destiné à les rapprocher et à les maintenir solidement en rapport.

La ligature osseuse est un excellent moyen d'ostéo-synthèse dont l'invention, déjà fort ancienne, serait due aux Arabes et elle aurait été importée en Europe au moment de l'invasion musulmane et aussi après la campagne d'Algérie.

La ligature osseuse était en effet assez répandue en pays arabe au moment de la campagne d'Algérie.

A cette époque, dit Bérenger-Féraud (1), il existait dans la plupart des tribus un tébib sachant pratiquer cette opération de la manière suivante :

Ouverture du foyer de fracture avec de petits couteaux bien affilés en guise de bistouris.

Ablation des esquilles, s'il en existe, au moyen d'une pince et abrasion à la lime des arêtes ou pointes de l'os, afin qu'il ne déchire pas les chairs.

Ajustage des fragments et ligature avec le fil d'balba, préalablement trempé dans l'eau pour l'assouplir (l'balba est un fil organique provenant des ligaments que le chameau a le long du dos, de la tête à la queue).

Rapprochement des chairs et immobilisation du membre avec des attelles en kelar cousues sur un morceau de cuir (le kelar est un fenouil bien sec et d'une légèreté extrême).

La partie où a été pratiquée l'incision pour atteindre l'os reste à nu, afin de la soigner et amener la cicatrisation. Sur la plaie est appliqué un onguent spécial.

Le membre est maintenu dans l'immobilité la plus complète pendant toute la durée du traitement.

Béranger-Féraud pense que Baudens (2), qui, en 1840, appelait la ligature osseuse sa méthode, l'avait apprise en Algérie où il avait séjourné. Il en serait de même du docteur Long (de Toulon) qui la pratiquait en 1850.

Malgré toute sa valeur, la ligature osseuse fut rarement utilisée en France jusqu'à ces dernières années, mais il est à présumer que, dans l'avenir, elle rendra, sous le couvert de l'asepsie et des perfectionnements de sa technique, de très grands services.

La ligature osseuse, comme la suture proprement dite, dont il sera question plus loin, nécessite pour son exécution des fils spéciaux.

Ceux qu'on utilise actuellement sont : les uns *organiques*; les autres *métalliques*.

Parmi les fils organiques, les uns sont résorbables, les autres ne le sont pas.

Les *fils résorbables* employés sont surtout le catgut et le tendon de renne.

Le *catgut*, dont la stérilisation absolue est difficile et toujours incertaine, est un mauvais fil, à rejeter pour la suture osseuse, car celle-ci réclame des matériaux dont l'asepsie puisse être facilement obtenue et ne jamais laisser de doutes.

Le *tendon de renne*, de stérilisation plus certaine, est un fil plus résistant, de résorption plus lente que le catgut, plus réfractaire aussi à l'attaque des bactéries. Il doit lui être préféré.

Les *fils organiques non résorbables* qu'on peut utiliser pour la suture ou la ligature osseuse sont le fil de soie, le fil de lin ou le crin de Florence.

(1) Bérenger-Féraud, *Traité de l'immobilisation directe des fragments osseux dans les fractures*, Paris, Adrien Delahaye, 1870.

(1) Bérenger-Féraud, *loc. cit.*

(2) Baudens, *Gaz. des hôpitaux*, 1840, p. 249.

De ces trois derniers, *le meilleur est le crin de Florence*. De stérilisation facile et d'une grande solidité, il résiste bien à l'attaque des bactéries et mériterait d'être utilisé pour la suture osseuse, plus souvent qu'il ne l'est en général.

Les *fils métalliques* sont les plus employés. A l'exception du fil de magnésium, ils ne sont pas résorbables.

Plusieurs métaux ou alliages ont été recommandés pour la confection des fils de suture osseuse.

Les qualités qu'on demande à ces fils sont la souplesse, la résistance, l'inaltérabilité, la modicité de leur prix.

Le *fil d'argent*, qui paraissait devoir remplir ces diverses conditions, a été très employé au début de la chirurgie des fractures. Il l'est moins aujourd'hui où l'expérience a montré qu'on pouvait lui reprocher un certain manque de ténacité. Il se casserait fréquemment au bout d'un certain temps, parfois même assez rapidement, défaut qui est peut-être dû à l'altération de ce métal par les chlorures des liquides organiques.

Du chlorure d'argent serait formé qui nuirait même à la réparation du tissu osseux.

On a proposé de remplacer l'argent par le *fer doux et recuit*. Celui-ci donne, quand il est étamé ou doré, pour éviter l'oxydation, un fil d'une grande solidité et très recommandable.

Le *cuivre* peut aussi être utilisé, mais il est un peu moins résistant que le fer.

Les fils *de platine, d'or, de plomb, d'aluminium, de cadmium*, auxquels on a pu penser, doivent être abandonnés à cause de leur défaut de résistance, sinon du prix élevé de la plupart d'entre eux.

Parmi les alliages, le *laiton* donne un bon fil de suture et de même le *bronze d'aluminium*. Ce dernier, en particulier, donne un fil très résistant et très malléable sous un petit volume.

Quant au fil de *magnésium*, s'il a l'avantage d'être résorbable lentement, il a l'inconvénient d'être très cassant.

Quel que soit le fil qu'on se propose d'employer, pour mettre en pratique la ligature osseuse, il faut que le trait de fracture soit oblique et que sa longueur soit suffisante, pour que le cercle puisse maintenir les fragments avec efficacité.

On a proposé de placer le fil perpendiculairement au trait de fracture en le retenant en place, par une encoche d'arrêt pratiquée sur chaque face de l'os.

Il est préférable de disposer les cercles perpendiculairement aux faces de l'os lui-même.

On dispose autant de cercles qu'il est nécessaire pour obtenir la fixité parfaite des fragments. Pour empêcher les cercles de s'écarter l'un de l'autre, Dollinger (1) a proposé de disposer des anses entre eux, dans le sens de la longueur de l'os.

Pour pratiquer le cerclage, par exemple, d'une fracture oblique du corps du fémur, A. Lambotte conseille, la fracture étant réduite et les fragments fixés par un davier à crémaillère, de placer d'abord une ligature à chaque extrémité du trait de fracture.

Quand ces deux ligatures sont serrées à fond, on enlève le davier fixateur et on complète la fixation par un ou deux cerclages médians, à la place qu'occupait le davier.

Pour passer les fils à ligature autour de l'os, on peut recourir aux aiguilles courbes à pointe mousse, comme celle de Cooper ou de Deschamps ou à l'aiguille élastique de Tuffier.

A. Lambotte a fait construire, pour cette manœuvre opératoire, des passe-fils en fer, de différentes grandeurs, pour que leur courbure soit semblable à celle de l'os qu'il s'agit de cercler.

Quand le fil est en place, il faut le tordre par un mouvement de rotation bien perpendiculaire au cercle de l'os.

Pour ce mouvement de torsion, et pour serrer le fil à fond, on peut se servir d'une pince métallique à mors plats. Il est bon que le fil soit serré sur l'os, de manière qu'aucun mouvement de glissement ne soit possible, et il y a lieu de couper les fils à trois ou quatre centimètres de l'os pour que la torsade ne se déroule pas, sous l'effort des fragments.

Il faut rabattre l'extrémité du fil coupé contre le périoste. La plaie doit être complètement refermée par-dessus les fils, même si on songe à l'obligation possible de les enlever ultérieurement.

Quand le cerclage sera bien appliqué, il offrira, dans la plupart des cas, assez de solidité et de sécurité, pour qu'on puisse se dispenser de l'application d'un appareil plâtré et se contenter du simple maintien du membre dans une gouttière en fil de fer, jusqu'à consolidation.

2° Suture osseuse proprement dite. — Nous ne donnerons ici que l'historique de la technique de la suture osseuse dans ses principaux traits.

Au dire de Bérenger-Féraud il serait question de la suture osseuse dans les écrits hippocratiques, au sujet des fractures de la mâchoire inférieure. Il y est conseillé de lier les dents et d'y ajouter des points de suture « artistement » faits.

Toutefois, la première mention positive et incontestable d'une suture d'un os long ne se rencontre qu'en octobre 1839, dans le *New-York medical and surgical Journal*. Elle avait été faite en 1826 par Kearny Rodgers (1) pour une pseudarthrose de l'humérus.

Cet auteur, après avoir réséqué les extrémités des fragments au niveau de la pseudarthrose, perça un trou dans le canal médullaire, à travers le tissu compact de chaque fragment et passa un fil d'argent par ces trous pour coapter les fragments.

En France, Flaubert (2) (de Rouen) fait une première suture osseuse pour pseudarthrose de l'humérus en 1838. Il fait une opération analogue à celle qui vient d'être indiquée, fixant les fragments l'un à l'autre, par une ligature latérale composée de *quatre fils cirés*.

Peu de temps après, le même auteur faisait la même opération pour fracture de l'humérus avec plaie et réunissait les fragments par un point de suture métallique.

Velpeau (3), en 1850, fait une suture pour pseudarthrose de l'humérus. Après avoir réséqué l'extrémité de chaque fragment, il perfore celui-ci de part en part et réunit par un fil métallique *disposé en rectangle*. Il laisse les extrémités du fil libres, hors de l'incision, et il le retire six semaines après l'opération.

En 1859, Cooper (4) (de San Francisco) pratique une suture du fémur en réunissant les bouts très obliques de l'os par *trois fils* métalliques passés dans des trous percés au foret. Il tint la plaie ouverte à l'aide d'une longue mèche, immobilisa le membre et fit des irrigations froides. La plaie des téguments fut maintenue ouverte pendant trois mois, après lesquels on retira les fils. La consolidation fut parfaite. Cooper insiste sur les avantages qu'il y a, dans les opérations du genre de celle qu'il a pratiquée, à maintenir la plaie béante et à en obtenir la cicatrisation du fond vers la superficie. D'après lui on évite, de cette manière, les fusées purulentes, si souvent funestes dans cette circonstance.

En France, Fauvel (1) (du Havre) possédait, en 1866, quatre observations de suture osseuse pour fracture des deux os de la jambe : dont une fracture simple, deux fractures compliquées et une fracture vicieusement consolidée. Ces sutures étaient faites soit au fil d'archal, soit au fil métallique. Pour l'une d'elles il avait associé la ligature à la suture osseuse.

Telles sont les origines des procédés de suture osseuse au fil métallique ou organique qu'allait employer la chirurgie antiseptique, quelques années plus tard, sous l'impulsion de Lister et de ses adeptes.

Actuellement, les matériaux utilisés pour la suture osseuse étant les mêmes que ceux qui servent pour la ligature, nous renvoyons pour leur étude au chapitre précédent.

Quant *aux instruments* employés pour le forage des trous que nécessite la suture, ce sont :

a) Les perforateurs à main de Lucas-Championnière, de Hennequin ;

b) Le drille;

c) Le perforateur à manivelle de Collin.

Ces perforateurs sont pourvus de mèches de formes et de calibres variables. Il est de toute importance de forer les trous en bonne place, sur des parties osseuses suffisamment résistantes et il est nécessaire, au moment où on va serrer le fil à fond, de s'assurer que la coaptation est aussi exacte que possible.

3° Enchevillement des fragments. — L'idée de l'enchevillement des fragments est considérée comme appartenant à Dieffenbach (2). Cependant, si, en 1848, cet auteur fut le premier à enfoncer des chevilles d'ivoire transversalement dans les fragments osseux d'une fracture, il faut remarquer qu'il le fit, non pas dans un but de coaptation des fragments, mais seulement dans l'intention de provoquer une irritation et une prolifération du tissu osseux par le corps étranger, car les chevilles qu'il avait placées n'établissaient aucun lien entre les fragments.

A la vérité, c'est Rigaud (de Strasbourg) qui, le premier, en 1850, fait de l'enchevillement un procédé d'ostéo-synthèse. Il enfonce dans l'os fracturé des chevilles d'ivoire ou de métal qui ne comprennent chacune qu'un fragment, mais, ces chevilles dépassant l'os de son côté le plus superficiel, sont réunies, l'une à l'autre, par un lien métallique. Elles immobilisent de cette manière les os brisés.

En 1862, Ollier (3) se sert d'un clou d'argent pour traverser les deux fragments d'une pseudarthrose du fémur avec un trait de fracture fortement oblique. Il réalisait ainsi un procédé que Béranger-Féraud appelle la *rivure des fragments*.

A l'étranger, Ch. Heine (4), dans un cas de pseudarthrose de l'avant-bras, avec 3 centimètres de diastasis des deux fragments, implante une cheville d'ivoire dans la cavité médullaire du cubitus et obtient une guérison parfaite.

Volkmann (5) implante deux fois des chevilles d'ivoire dans les os de l'avant-bras et une fois une esquille osseuse fraîche dans la cavité médullaire du fémur.

Cependant, ce fut surtout en 1886, que l'enchevillement fut recommandé par Bir-

(1) Dollinger, *Centralblatt, f. chir.*, 1893, p. 25.

(1) Kearny Rodgers, cité par Bérenger-Féraud.
(2) Flaubert, *In thèse* Laloy, Paris, 1839.
(3) Velpeau, *Gaz. des hôpitaux*, 18 mai 1850.
(4) Cooper, *The Cincinnati Lancet and obser.*, juil. 1859.

(1) Fauvel (du Havre), cité par Bérenger-Féraud, *loc. cit.*, p. 287 et suiv.
(2) Dieffenbach, *Casper's Wochenschrift*, nov. 1848.
(3) Ollier, *Traité expérimental et clinique de la régénération des os*, t. II, p. 427.
(4) Ch. Heine, *Archiv für Klin. chir.*, 22.
(5) Volkmann, cité par Gandard, *Thèse de Genève*, 1892.

cher (d'Arau). Cet auteur préconise l'emploi de chevilles d'ivoire qu'on retirera par une opération ultérieure.

Senn (1) en 1887 se montre partisan de la méthode de Bircher, mais il croit inutile de retirer les chevilles, qui, d'après lui, finissent par se résorber.

En 1889, Gaudard (2), dans sa thèse de Genève, rapporte 26 observations d'enchevillement, avec chevilles d'ivoire, pour fractures récentes, presque toutes compliquées, et donne de bonnes indications sur la technique du procédé.

En 1892 et 1895 Gluch, aux Congrès de l'Association allemande de chirurgie, propose de recourir à la cheville d'ivoire dans le but de rétablir la continuité d'un os ayant subi une perte de longueur.

Dans ces vingt dernières années, l'enchevillement a été pratiqué soit avec des chevilles d'ivoire, soit avec des tiges d'os décalcifié, et suivant divers modes :

L'enchevillement est *central* quand la cheville est placée dans le canal médullaire des deux bouts, pour leur servir en quelque sorte de « tuteur axile » (Lejars).

Pour remplir son rôle effectivement, la cheville doit avoir un calibre qui lui permette d'épouser assez exactement celui du canal médullaire où on va la placer.

Il faut aussi que la cheville ait assez de longueur pour s'opposer à toute inclinaison latérale des fragments.

Elle devra s'engager dans le canal médullaire sur une longueur d'au moins 2 à 3 centimètres au-dessus comme au-dessous du trait de fracture.

L'enchevillement central peut présenter certaines difficultés. Pour le pratiquer il y a avantage à faire bailler le foyer de fracture, par inflexion latérale du membre. Suivant les cas, on introduira d'abord la cheville dans le canal médullaire soit du fragment inférieur, soit du fragment supérieur, à petits coups de maillet. On choisira, pour commencer, celui des deux fragments qui se présente le mieux.

Quand cette manœuvre est effectuée, il faut empoigner ce fragment enchevillé, l'incliner fortement en bas et latéralement et rapprocher peu à peu l'extrémité libre de la cheville, du canal médullaire du fragment opposé, pour l'y faire pénétrer et l'y enfoncer.

Quand l'enchevillement central est terminé on peut faire quelques points de suture sur le périoste.

L'enchevillement est *transfragmentaire* quand il a pour but de fixer les fragments transversalement ou de rattacher un fragment important ou une tubérosité au corps de l'os.

L'enchevillement transfragmentaire était appelé, on l'a vu plus haut, *rivure des fragments* par Bérenger-Féraud.

Pour le pratiquer il faut, au préalable, forer dans les fragments qu'on veut fixer un trajet des dimensions de la cheville et dans lequel celle-ci va être enfoncée.

Enfin, l'enchevillement est *à distance* quand la cheville permet de rendre à la diaphyse de l'os brisé une certaine partie de sa longueur, perdue par le traumatisme.

Une cheville de bonnes dimensions est fixée solidement dans les deux extrémités du canal médullaire, et, dans l'espace interfragmentaire où elle forme comme un pont entre les deux fragments, on ramène autour d'elle le périoste restant et avec lequel on s'efforce de lui reconstituer une véritable gaine. Le manchon périostique sert d'agent de reconstitution d'un pont osseux naturel entre les fragments.

Il y aurait même, d'après Gaudard (1), des cas où le périoste étant entièrement détruit, le cal aurait pu s'établir d'un fragment à l'autre. Cet auteur rapporte deux exemples d'enchevillement à distance pratiqué chez de jeunes sujets et où la consolidation fut complète.

La cheville d'ivoire ou d'os décalcifié, dont nous venons d'indiquer les divers modes d'emploi, peut être remplacée, pour l'enchevillement transfragmentaire, par le *clou métallique* ordinaire. Celui-ci aurait même, sur la cheville, l'avantage d'être de stérilisation plus facile et plus certaine; cependant, il convient de remarquer que l'enclouage expose à l'éclatement du fragment osseux sur lequel il porte.

4° L'ENGAINEMENT DES FRAGMENTS. — A côté du procédé de l'enchevillement, nous mentionnerons celui de l'*engainement* des fragments à l'aide de tubes en os décalcifié, imaginé par Senn (2). La virole osseuse de Senn est analogue à la virole métallique que Lucas-Championnière a proposé d'ajouter à la suture, dans le traitement des pseudarthroses du fémur.

Dans ces derniers temps, Mouchet (3) a utilisé l'engainement avec une mince *feuille d'aluminium*, pour le traitement des fractures des os de l'avant-bras et en a obtenu de bons résultats.

5° AGRAFAGE DES OS. — Préconisé par Gussenbauer pour la fixation des os après la résection du genou, l'agrafage l'a été, pour les fractures, par Jacoël (4).

En faisant connaître, en 1901, le modèle de son agrafe, Jacoël admet que toutes les fractures pour lesquelles l'ostéo-synthèse est indiquée peuvent être avantageusement maintenues par une ou deux agrafes placées en bonne position.

Ces dentelures rappellent celles que les charpentiers impriment aux clous qu'ils enfoncent dans du bois cassant.

Cette agrafe peut être confectionnée suivant plusieurs dimensions. Pour la placer et se mettre à l'abri de l'éclatement de l'os, Jacoël recommande de perforer préalablement les fragments à rapprocher au moyen d'un perforateur à vis.

L'agrafe est ensuite enfoncée à « coups de maillet ».

Pour faciliter l'enfoncement de cette agrafe, Dujarier (5) y a fait ajouter, au niveau de chaque angle, un talonnet qui sert de point d'appui à un chasse-clou spécial actionné par un petit marteau métallique.

A. Lambotte (6) recommande des agrafes plus minces que les précédentes et qui au lieu d'être, comme elles, formées d'une tige pliée, sont sciées à même dans une feuille d'acier, ce qui en augmente la solidité.

Pour les fractures juxta-épiphysaires, le même auteur a fait construire des crampons pourvus de un ou deux prolongements garnis chacun d'un œillet pour recevoir des vis et aussi des crampons à trois et à quatre branches, en trépied, ou en rectangle, destinés à réunir des fragments multiples, par exemple dans les éclatements épiphysaires en V ou en X.

Pour pratiquer un agrafage de fracture, la réduction étant accomplie, on prendra entre les mors d'une pince, une agrafe de l'un des modèles précédents, de force et de dimensions appropriées à l'importance de l'os brisé, et quand, après l'avoir présentée au foyer de la fracture, on aura jugé de la meilleure position à lui donner, on pratiquera, dans l'épaisseur de l'os, suivant une direction perpendiculaire à sa surface, des trous de dimensions un peu moindres que celles des tiges de l'agrafe.

Pour enfoncer celle-ci dans les trous on agira à petits coups, en se servant soit du chasse-clou et du marteau de Dujarier, soit d'instruments d'une forme analogue et qui pourront remplir le même but : par exemple, une petite gouge ordinaire et l'un des marteaux employés en chirurgie osseuse.

D'après Dujarier, le temps de pénétration de l'agrafe est le plus délicat et voici, d'après cet auteur, les principaux accidents qui peuvent survenir à ce moment :

a) « Si on a mal repéré la distance qui sépare les deux pointes de l'agrafe, on risque, en l'enfonçant, si les trous sont trop rapprochés, d'écarter les deux fragments osseux; s'ils sont trop éloignés, de fausser l'agrafe, dont les branches vont diverger. Si les trous ne sont pas forés bien parallèlement, l'agrafe peut encore se fausser dans un autre sens et le résultat être défectueux.

b) « Si on frappe sur la portion moyenne de l'agrafe, celle-ci fléchit, les pointes deviennent divergentes et la coaptation est obtenue en mauvaise position, ou bien on ne peut arriver à faire pénétrer complètement l'agrafe.

c) « Si on frappe trop fort, et cela arrive surtout lorsque le trou foré est de diamètre trop petit, on risque de fausser ou même de casser l'agrafe, ou bien c'est l'os qui cède et se fissure. Ce dernier accident est d'ailleurs exceptionnel. »

Il est donc très important de bien établir le forage des trous. Plusieurs agrafes peuvent être nécessaires pour assurer la fixation solide des fragments. Cependant, en toutes circonstances, il y aura avantage à restreindre le plus possible le nombre des agrafes employées et à n'en utiliser qu'une, chaque fois qu'on le pourra.

4e *temps* : CONTENTION INDIRECTE DE LA FRACTURE. — Dans la méthode que nous venons d'étudier, l'opération se termine en associant à l'ostéo-synthèse un appareil de contention indirecte qui la complète et qui est habituellement un appareil plâtré.

Nous ferons cependant remarquer qu'avec la ligature externe cet appareil n'est pas toujours indispensable, pour obtenir une immobilisation absolue des fragments. Quand la ligature est pratiquée après une réduction parfaite de la fracture et avec toute la rigueur voulue, elle offre de telles garanties de solidité qu'elle rend superflu tout appareil surajouté.

Nous avons vu A. Lambotte (d'Anvers) pratiquer pour une fracture oblique de jambe une ligature osseuse dont la perfection était telle, que tout appareil d'immobilisation indirecte était évidemment inutile. Une simple gouttière qui protégerait le pansement et favoriserait le repos du membre était suffisante.

Voici d'ailleurs, à titre d'exemple, une belle observation de cet auteur (1) :

« V.-R... H..., dix-neuf ans, accident le 18 août 1907 (chute en dansant). La radiographie montre une fracture oblique au 1/3 supérieur du fémur droit. Opération le 29

(1) Senn, *Corr. Bl. f. schw. aerzte*, 16 juin 1887.

(2) Gaudard, *Thèse de Genève*, 1892 : Sur les chevilles d'ivoire comme moyen d'immobilisation directe des fragments osseux et comme soutien du périoste.

(1) Gaudard, *loc cit.*

(2) Senn, *Med. News*, 3 juin 1893.

(3) Mouchet et Lamy, *Paris médical* du 27 mai 1911 : Ostéo-synthèse par gaine d'aluminium.

(4) Jacoël, *La Presse médicale* du 25 décembre 1911, p. 347 : une agrafe pour sutures osseuses. — Thèse de Paris, 1903 : *Traitement des fractures par les agrafes osseuses.*

(5) Dujarier, *Rev. de chirurgie* de 1904, p. 180 : Du traitement des fractures récentes fermées par l'agrafage métallique.

(6) A. Lambotte, *loc. cit.*

(1) Lambotte, *Bulletin des accidents du travail*, n° 3, 1907-1908, Bruxelles, imprimerie Severeyns.

août à l'hôpital de Stuyvenberg; incision, réduction par traction et coaptation avec un davier condé; fixation des fragments par trois torsades en fil de fer. Avant de fermer la plaie, nous fléchissons entièrement la jambe et nous constatons la solidité de la coaptation. Guérison aseptique. Le membre est maintenu en flexion pendant trois semaines, mouvements passifs d'extension tous les jours. Marche avec des béquilles roulantes trois semaines après la suture.

L'opéré quitte l'hôpital entièrement guéri le 1er novembre.

(Dix-huit jours après l'intervention, le malade pouvait se tenir debout et se mettre à genoux en fléchissant complètement la jambe sur la cuisse.)

REVUE CLINIQUE

Récidive familiale de la scarlatine, angine pseudo-diphtérique scarlatineuse, par M. le Dr G. Guillou (*Société de médecine de Nantes*).

Sans être présentée comme un dogme intangible, l'immunité conférée par une première atteinte de scarlatine fut cependant toujours et reste encore regardée comme une probabilité grave, comme une quasi certitude. Tout pouvant se voir et tout s'étant vu, les démentis à la règle autrefois absolue se produisirent, timides d'abord, plus hardis dans la suite et la récidive scarlatineuse, qui reste toujours une rareté, est admise aujourd'hui sans contestation.

J'en ai observé, il y a quelques semaines, un cas des plus nets.

Appelé auprès d'un jeune homme de 21 ans qui, depuis la veille au matin, avait éprouvé un malaise général et un mal de gorge banal, je le trouvai avec de la fièvre, de la courbature, de la dysphagie douloureuse causée par une angine érythémateuse et pultacée.

L'exsudat crémeux bilatéral était peu abondant, disposé en points nettement distincts dans les orifices des cryptes amygdaliennes. Les ganglions de l'angle de la mâchoire n'étaient pas engorgés ; mais les amygdales tuméfiées se percevaient à la vue et à la palpation et étaient nettement sensibles, douloureuses même à la pression. Le pouls battait à 90, la température s'élevait à 38° 6.

Rien de fâcheux dans les antécédents personnels du malade ; quelques indispositions d'enfance et, en particulier, la scarlatine, il y a 13 ans, au cours d'une épidémie de famille, scarlatine encore authentifiée par une desquamation franche et prolongée.

Le lendemain les choses étaient en l'état, mais les points pultacés s'étaient réunis et étendus en plaques épaisses et adhérentes. L'isthme du gosier s'infiltrait et devenait érythémateux. Le pouls se maintenait au même taux, la température au même degré. L'absence de ganglions cervicaux rendait le diagnostic de diphtérie improbable ; mais les caractères objectifs de l'exsudat y ramenaient l'esprit invinciblement. Sans doute un examen bactériologique trancherait la question ; mais il fallait l'attendre au moins 18 heures et j'avais moins de temps pour agir. Je me décidai à intervenir et à faire, en tout état de cause, une injection de sérum anti-diphtérique si l'état s'était maintenu, *a fortiori* s'il s'était aggravé.

Le soir, quand je revis le malade, de grandes nappes rouge écarlate s'étendaient à la base du cou, à la partie supérieure de la poitrine et du dos, nappes uniformes, sans intervalle de peau saine, foncées de petites saillies papuleuses, rudes au toucher et d'une coloration plus intense et caractéristique surtout aux limites de l'éruption où elles se montraient isolées, nettement saillantes et encerclées d'un halo de congestion rosé. La fièvre s'était élevée. Des vomissements s'étaient produits.

Je ne fis pas d'injection de sérum anti-diphtérique. Le surlendemain la langue commençait par sa pointe, à se dépouiller de son enduit. Quelques jours plus tard elle prenait un aspect framboisé et le fond de la bouche, l'isthme du gosier, dépouillés à leur tour de leur épithélium, prenaient une coloration rouge luisante, un aspect vernissé.

Très rapidement, et bien avant le 10e jour de la maladie, l'épiderme, au niveau du cou, se ternit, s'épaissit, se soulève en petites écailles et la desquamation la plus franche, à petits furfurs d'abord, à larges lambeaux ensuite, s'étend, se généralise et dure au moins six semaines.

J'avais donc eu tort d'écarter résolument *a priori* le diagnostic de scarlatine du seul fait d'une scarlatine antérieure et le caractère nettement pseudo-membraneux lui-même de l'angine ne me donnait pas davantage le droit de repousser cliniquement la nature scarlatinense.

L'angine pseudo-membraneuse, pseudo-diphtérique, précoce ou tardive, n'est point une rareté dans la scarlatine. J'en ai vu un cas des plus troublants dans un pensionnat de Nantes, chez un enfant de 12 à 14 ans, il y a quelques années. De larges fausses membranes recouvraient les amygdales, engainaient la luette, s'étendaient en plaques distinctes sur le voile du palais ; sur le palais même, au contact de l'arcade dentaire, fausses membranes grisâtres, teintées de sang, fétides, ulcéreuses, très adhérentes et se détachant difficilement à la pince en débris effilochés. Les fosses nasales avaient été envahies et un jetage sanguinolent, nauséabond, s'écoulait des narines. Les urines étaient albumineuses. Or, nous étions depuis plusieurs jours dans un milieu épidémique scarlatineux : quatre ou cinq cas de scarlatine étaient observés.

Un matin je trouve l'état plus grave ; mais toujours aucune éruption.

Trois heures plus tard, le docteur Ollive, que j'avais demandé en consultation, découvre le malade et s'écrie : « Mais c'est la scarlatine ! » et il me montre, *au niveau des lombes*, quelques éléments papuleux, très rouges, qui fixaient le diagnostic. L'apparition de l'exanthème ne nous rassurant pas complètement sur la nature de l'angine et du coryza, nous décidâmes d'intervenir et je fis, sur-le-champ, l'injection de sérum de Roux qu'à tout hasard j'avais préparée.

Le malade fut transporté aux baraquements. Il fut plusieurs jours, du fait de sa toxi-infection, entre la vie et la mort. Il guérit pourtant. A l'examen bactériologique, le docteur Aubry trouva du streptocoque à l'état presque pur.

Donc de ces deux faits, deux conclusions : angine pseudo-membraneuse, angine toxique, coryza toxique ne sont pas incompatibles avec l'invasion d'une scarlatine.

Une scarlatine antérieure n'immunise pas nécessairement contre une réinfection scarlatineuse.

Mais un autre enseignement se dégage de ma première observation. Dans son article sur la scarlatine du *Traité des Maladies de l'Enfance*, le docteur Moizard, parlant des récidives de la scarlatine, dit qu'il paraît exister une prédisposition « héréditaire et familiale aux récidives de la scarlatine ».

Héréditaire ? je n'en sais rien ! Familiale ? C'est le cas pour le jeune homme qui fait l'objet de cette communication.

Son frère aîné a eu la scarlatine une première fois à 15 mois, une seconde fois à 11 ans.

Un de ses frères plus jeune a eu deux scarlatines : la première en 1898, la seconde en 1899.

Pour lui, atteint la première fois en 1898, au cours d'une épidémie familiale, il vient de l'être en 1911, au cours d'une épidémie régimentaire et ni chez les uns, ni chez les autres, la précision des symptômes ne saurait permettre d'élever un doute ou de formuler une objection.

REVUE DE PATHOLOGIE

Les tumeurs du corps pituitaire, par M. Courtellemont, professeur suppléant à l'Ecole d'Amiens.

L'histoire des tumeurs du corps pituitaire a passé par trois périodes: une première période, essentiellement anatomique, s'étend depuis le commencement du XVIIIe siècle à 1886 ; une seconde période, ou période d'acromégalie et de gigantisme, commence en 1886 pour se terminer en 1901: une troisième période enfin s'est ouverte en 1901, c'est celle de l'adiposité hypophysaire, de la radiothérapie et de la chirurgie hypophysaires.

Il convient, suivant nous, de distraire de la classe des tumeurs hypophysaires les tumeurs sus-hypophysaires et para-hypophysaires qui n'infiltrent pas l'hypophyse, mais se bornent à la comprimer. Par contre, il faut y faire rentrer les hyperplasies et hypertrophies du lobe antérieur, dont le volume est suffisant pour comprimer ou détruire les tissus voisins. Les tumeurs du corps pituitaire sont des tumeurs encéphaliques et, par conséquent, sont définies par leur volume autant et plus que par leur constitution histologique.

Alors que les tumeurs secondaires offrent peu d'intérêt, les tumeurs primitives sont beaucoup plus importantes et plus fréquentes. Du volume moyen d'une cerise ou d'une noix elles sont susceptibles d'atteindre des dimensions bien plus considérables (œuf de poule, mandarine) et de pousser des prolongements dans le cerveau, surtout dans le troisième ventricule et les ventricules latéraux.

Quand la lésion déborde la selle turcique, on lui considère une portion intrasellaire située dans la loge osseuse et une portion extra-sellaire qui la déborde par en haut. Ces tumeurs sont assez fréquemment kystiques, le liquide contenu a souvent une couleur chocolat, indice d'hémorragies anciennes.

D'ordinaire, pas de noyaux aberrants, pas de métastases, pas d'envahissement des vaisseaux; la tumeur adhère peu, mais elle comprime les tissus mous (particulièrement bandelettes optiques, chiasma et nerfs optiques) et elle use le squelette d'où agrandissement de la selle turcique, avec élargissement de l'orifice supérieur (type 3 d'Erdheim, selle en bénitier) ou sans modification de cet orifice (type 1 d'Erdheim).

La constitution histologique et la classification de ces tumeurs sont un des points les plus obscurs de leur histoire. On peut considérer: des tumeurs épithéliales, de beaucoup les plus fréquentes, des tumeurs non épithéliales, des tumeurs spécifiques.

Les tumeurs épithéliales se rapportent à deux types: les *épithéliomas pavimenteux* et les *tumeurs glandulaires.*

Les premiers (hypophysenganggeschwülste d'Erdheim) sont constitués par des îlots de cellules pavimenteuses, à type malpighien, qui prennent souvent au centre le caractère adamantin, parfois subissant une dégénérescence kystique et s'associent à des formations rappelant les globes épidermiques des épithéliomas cutanés.

Les *tumeurs glandulaires* sont beaucoup plus nombreuses que les précédentes ; elles ont pour caractéristique d'être constituées par les

cellules, modifiées ou non, du lobe antérieur de la glande. Trois grands caractères dominent leur structure: tendance à l'unification du type cellulaire. raréfaction ou disparition du tissu conjonctif intertubulaire, diminution ou disparition de la disposition en cordons et tendance à la constitution de nappes cellulaires: ce dernier caractère est le plus inconstant. Elles se présentent sous trois aspects: *tumeur glandulaire en nappe*, nappe diffuse de cellules dans toute l'étendue de la lésion, sans septa conjonctifs visibles; *tumeur glandulaire alvéolaire*, où la constitution en cordons séparés par des septa conjonctifs est conservée: *tumeur glandulaire à type mixte*, dans laquelle ces deux dispositions s'associent en proportion importante.

Ces formations sont constituées, les unes par des *cellules éosinophiles*, les autres par des *cellules chromophobes*. Elles peuvent, en outre, contenir des cellules anormales, atypiques, mais on n'y voit pas de kariokinèses.

Toutes ces tumeurs glandulaires méritent, à notre avis, d'être décrites sous un même nom et sériées d'après les caractères architecturaux ou cellulaires que nous venons d'exposer, car la classification rationnelle en hypertrophie, hyperplasie, adénome, épithélioma, dont il convient de poursuivre les bases, est soumise à des difficultés telles qu'elle varie suivant les auteurs; pourtant les signes de malignité les moins trompeurs, en dehors des métastases, de l'envahissement des vaisseaux, de la fréquence des kariokinèses, presque toujours absents comme on sait, doivent être cherchés dans le caractère infiltrant de la tumeur, ses prolongements dans le cerveau, la présence de noyaux cellulaires néoplasiques dans la capsule d'enveloppe, la disposition en nappe des cellules néoplasiques, l'existence de cellules atypiques.

Des tumeurs non épithéliales, les sarcomes sont les formes les plus nombreuses, bien que la tendance actuelle ait eu pour conséquence d'attribuer aux tumeurs glandulaires nombre de tumeurs considérées autrefois comme des sarcomes. Signalons aussi les lymphomes, fibromes, lipomes, gliomes, les kystes; les cholestéatomes et tératomes ne sont pas sans rapports avec les épithéliomas pavimenteux.

La tuberculose et la syphilis comptent chacune quelques cas.

Des statistiques que nous avons recueillies, il résulte que les épithéliomas pavimenteux, la tuberculose et la syphilis ne s'accompagnent pas d'acromégalie; la lésion habituelle de l'acromégalie est une tumeur épithéliale glandulaire, à prédominance d'éosinophiles; l'adiposité et le syndrome adiposo-génital sont, dans un très grand nombre de cas, en rapport avec un épithélioma pavimenteux (hypophysaire ou sus-hypophysaire).

Les *symptômes* que déterminent les tumeurs hypophysaires sont des accidents mécaniques et des états dystrophiques.

Les *accidents mécaniques* peuvent être de quatre ordres: signes de compression cérébrale proprement dite; céphalée, vomissements, vertiges, compressions nerveuses et surtout troubles oculaires (hémianopsie bitemporale, plus rarement homonyme, réaction pupillaire hémianopsique de Wernicke, atropie optique, rareté de la stase papillaire); symptômes encéphaliques diffus (narcolepsie, troubles mentaux observés avec une grande fréquence, diabète sucré ou insipide, accélération du pouls, modifications thermiques); signes naso-pharyngés (tumeur pharyngée); syndrome radiologique (usure des parties osseuses, apophyses clinoïdes postérieures et lame quadrilatère et agrandissement de la selle turcique).

Dans les *états dystrophiques*, rentrent les déformations de l'acromégalie, les déformations du gigantisme, l'adiposité hypophysaire, la dystrophie génitale (à type d'hypofonctionnement, avec absence ou perte des caractères sexuels secondaires).

Dans la règle, les tumeurs hypophysaires ont une évolution lente, beaucoup plus lente toutefois dans les formes avec acromégalie ou gigantisme que dans les formes sans acromégalie.

Le groupement de leurs symptômes donne lieu à la constitution des *formes cliniques*, sous lesquelles elles se présentent à l'observateur. On doit distinguer:

Les tumeurs avec acromégalie ou gigantisme, qui comprennent naturellement deux formes cliniques: l'acromégalie et le gigantisme.

Les tumeurs sans acromégalie et sans gigantisme, qui comprennent trois groupes: des formes encéphaliques, des formes dystrophiques et les formes latentes.

Les formes encéphaliques se caractérisent uniquement ou principalement par des accidents encéphaliques; elles renferment plusieurs variétés: forme de tumeur cérébrale, forme narcoleptique, forme mentale, forme polyurique.

Aux formes dystrophiques revieunent la forme adipeuse, la forme de dystrophie génitale, et surtout la forme adiposo-génitale (dystrophie adiposo-génitale, syndrome adiposo-génital).

Le diagnostic de tous ces états comportera ou exigera des réserves, une grande prudence dans les cas où le tableau clinique sera incomplet: formes frustes de l'acromégalie, syndromes adiposo-génitaux incomplètement caractérisés; le diagnostic avec les tumeurs de l'épiphyse ne sera pas oublié. Dans tous les cas difficiles, l'hémianopsie bitemporale et les déformations typiques de la selle turcique seront des éléments de la plus haute valeur, pour l'existence d'une tumeur hypophysaire ou de la région hypophysaire.

Il semble établi que nous ne sommes plus désarmés en face des néoplasies pituitaires. Si l'opothérapie ne paraît être qu'une médication symptomatique, la radiothérapie a donné entre les mains de Gramegua, de Béclère et Jaugeas des résultats fonctionnels et physiques très appréciables; en particulier elle diminue les phénomènes de compression encéphalique et améliore les troubles visuels. Enfin l'hypophysectomie partielle a fourni de très beaux résultats à Schloffer, von Eiselsberg, Hocheneg, etc.; seule de toutes les méthodes thérapeutiques, elle aurait réussi à déterminer la régression des déformations acromégaliques; toutefois sa gravité encore très grande doit, à notre avis, la faire réserver aux cas graves, qui ont résisté aux deux médications précédentes.

La *physiologie pathologique* des tumeurs de l'hypophyse ne peut être à l'heure actuelle qu'un exposé de théories. De cet exposé, nous concluons:

1° Le rapport étiologique entre les symptômes ou les syndromes étudiés et les tumeurs pituitaires paraît évident;

2° Le mécanisme pathogénique qui préside à la production des manifestations cliniques est tout à fait incertain (sauf pour ceux des signes encéphaliques qui sont causés par la compression directe);

3° La tendance actuelle, en ce qui concerne les dystrophies hypophysaires, est d'attribuer l'acromégalie et le gigantisme à l'hyperfonctionnement de la glande, le syndrome adiposo-génital à l'hypofonctionnement. Il y aurait ainsi opposition entre les deux syndromes d'hyperpituitarisme et d'hypopituitarisme;

4° C'est aussi une tendance qui se dessine de plus en plus, que d'associer aux troubles hypophysaires précédents des troubles d'autres glandes à sécrétion interne, en particulier les glandes génitales et le corps thyroïde; cette association est admise particulièrement en ce qui concerne le gigantisme infantile.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

Technique rationnelle de l'injection intra utérine.

La technique classique qui consiste, après avoir repéré le col avec l'index et le médius de la main gauche, à glisser la sonde sur ces doigts formant gouttière et à la pousser dans la cavité utérine, cette technique est, aux yeux de M. Rudaux, aveugle et surtout contraire aux lois élémentaires de l'asepsie, car la sonde entraîne dans l'utérus les germes qu'elle a recueillis en frottant contre les parois de la vulve et du vagin.

Aussi, pose-t-il en principe que toute injection *intra-utérine pratiquée pendant les suites de couches, surtout s'il existe des accidents infectieux, doit être faite à ciel ouvert.*

Voici la technique recommandée par l'auteur. Placez la femme en position obstétricale en travers de son lit, après en avoir recouvert le bord avec une toile imperméable dont une extrémité tombe dans un grand récipient, seau, bain de pied, etc.; chaque membre inférieur fléchi reposera sur une chaise ou sera maintenu par un aide.

Savonnez toute la région vulvaire, irriguez le vagin avec un liquide antiseptique, puis introduisez un speculum (genre speculum de Collin) ou deux valves spéciales maintenues par un ressort en fil d'acier très fort, l'anse du ressort dirigée du côté du mont de Vénus. Saisissez le col avec une pince à deux griffes pour le maintenir en place ou même pour l'abaisser légèrement, ce qui aura pour avantage de le rendre plus apparent et de redresser le col utérin souvent fléchi; ne pénétrez jamais dans la cavité cervicale avant de l'avoir bien nettoyée. Au moyen d'un tampon de coton ou de gaze monté sur une pince et imprégné de teinture d'iode, commencez par faire la toilette de la surface externe du museau de tanche et de l'orifice cervical externe. Un écouvillon, constitué par de la gaze enroulée autour d'une longue pince à pansement, est trempé dans de la teinture d'iode et introduit ensuite dans le col sur une longueur de 3 à 4 centimètres seulement; à ce moment, imprimez à votre écouvillon un mouvement de rotation et enlevez-le: vous recommencez la même manœuvre avec un autre écouvillon semblable, également trempé dans de la teinture d'iode, mais vous l'introduirez plus profondément, 6 à 8 centimètres environ.

C'est seulement après avoir pris ces précautions que vous pourrez introduire votre sonde intra-utérine expurgée dans le col, après avoir eu soin de faire déborder légèrement le siège de la femme sur le bord du lit et après avoir déprimé la commissure postérieure de la vulve et la paroi postérieure du vagin avec le doigt ou avec une valve étroite. La sonde stérilisée n'aura donc subi aucun contact avec les parois vulvo-vaginales lorsqu'elle abordera le col et elle ne pénétrera dans l'utérus qu'en franchissant un canal cervical aussi désinfecté que cela est pratiquement possible.

Comment accélérer le travail, en particulier chez les multipares, par M. le Dr Quertant.

Le procédé préconisé par notre confrère, qui faisait récemment à son sujet une communication à la « Société Médicale d'Amiens », consiste tout simplement à enrouler une bande élastique, au besoin une bande de toile ou de coton, autour de l'abdomen de la parturiente, du pubis à l'épigastre.

Le procédé n'est pas seulement empirique. On conçoit très bien que cette bande élastique puisse: 1° soutenir la paroi et en remplacer les muscles dégénérés; 2° exercer une pression sur le fœtus et en favoriser l'engagement; 3° exciter la contraction utérine. En tous cas, et

c'est l'essentiel, il donne à peu de frais des résultats excellents.

« Je fus appelé hier matin — écrivait, il y a quelques mois, notre confrère — chez une jeune cliente secondipare, qui souffrait depuis dix heures du soir. Au toucher, je trouve une dilatation de cinq francs et une OIGA engagée. Varices nombreuses. Paroi abdominale lâche et antéversion marquée. La malade se plaignait beaucoup de douleurs dans les reins, particulièrement violentes. J'en conclus que le travail serait peu rapide. Or, après l'avoir suivie toute la journée (poche des eaux rompue à cinq heures du soir), je trouve ma malade à une heure du matin avec une dilatation d'une petite paume de main. L'enfant souffrait et je songeais sérieusement à lui poser un dilatateur de Tarnier, moyen peu efficace chez une femme qui a déjà une certaine dilatation, ou à dilater manuellement le col et à finir par une application rapide de forceps dans l'excavation. Subitement je me rappelai un petit article, lu ce mois-ci dans un journal de médecine, où un praticien (dont je ne sais le nom, car je n'ai pu retrouver le journal en question) donnait le moyen dont il s'agit.

« A tout hasard, je résolus de tenter ce procédé sans aucune conviction d'ailleurs. Je me servis d'une longue bande élastique à varices, que portait ma malade et l'enroulai consciencieusement autour de son ventre. Le résultat dépassa tout ce qu'on pouvait imaginer. *En une heure* de temps, ma malade accoucha, après un travail énergique et des plus réguliers, d'un beau garçon de 3 kil. 600. Je crois rendre service à beaucoup de confrères en signalant ce fait. Quel est celui d'entre nous qui n'a pas passé des heures près d'une femme dont le travail ne marche pas, dont le fœtus souffre et chez qui la dilatation n'est pas suffisante pour pratiquer une application de forceps bénigne ? »

Voici ce que j'écrivais. J'ai essayé ce procédé bien des fois depuis et j'en ai toujours été enchanté. On trouvera partout, même en pleine campagne, une bande de toile ou un vieux drap, qui servira à en confectionner une. Ça ne vaudra pas une bande élastique, mais il faut savoir se contenter de ce que l'on a sous la main.

C'est surtout chez les grandes multipares que les résultats sont excellents.

REVUE D'OPHTALMOLOGIE

La lumière colorée en ophtalmologie. Les verres trichromes, par M. le Dr Etienne Ginestous (*Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux*).

Rien, semble-t-il, n'est plus simple que de produire et d'utiliser la lumière colorée. En réalité, rien n'est plus difficile. La couleur que nous voyons n'est pas, en effet, le plus souvent, ce que nos sens nous disent et telle couleur qui nous paraît simple est, au contraire, des plus complexes : elle nous cache bon nombre de radiations composantes que peut nous révéler l'analyse spectrale.

Il était donc nécessaire, pour assurer à nos recherches une valeur d'exactitude scientifique, de pouvoir tout d'abord produire telle lumière colorée à l'exclusion de telle autre ; pour mieux dire, obtenir isolées des radiations de longueur d'onde déterminée ; plus simplement, des lumières *monochromatiques*.

La science expérimentale indique plusieurs moyens de produire ces lumières monochromatiques.

La plus simple est la *méthode du prisme* ; il suffirait, par ce procédé, d'utiliser telle ou telle partie du spectre à l'exclusion de telle autre. Est-il besoin de dire que, pour l'usage spécial de l'ophtalmologie, ce procédé n'est pas d'application pratique ?

Seules peuvent être utilisées les méthodes par *écrans absorbants*.

Ces écrans peuvent être représentés :

1° Par des solutions ;

2° Par des vernis colorés ;

3° Par des verres colorés.

Les *vernis à l'alcool colorés*, par lesquels on peut obtenir des écrans monochromatiques, présentent le grave inconvénient de déterminer une opacité considérable et d'absorber une intensité lumineuse très forte. Ils ne sont pas utilisables.

La difficulté d'obtenir des verres monochromatiques me fit penser tout d'abord à employer les *solutions colorées*. Nagel (1) a indiqué des solutions permettant d'obtenir à l'état de pureté les principales couleurs spectrales. Il donne le nom de filtres pour radiations à ces solutions colorées qui absorbent la plus grande partie des radiations composant la lumière blanche et ne laissent passer que des radiations de longueurs d'ondes déterminées comprises entre des limites relativement étroites. En 1906, la pharmacie centrale de France a bien voulu préparer, sur ma demande, des solutions colorées suivant les formules de Nagel.

Expérimentalement, elles furent, en effet, réellement absorbantes de radiations déterminées. Pratiquement, elles ne furent pas utilisables. Il était nécessaire, en effet, de les placer dans des auges rectangulaires et une double difficulté se présenta : ou bien la couche liquide était trop épaisse et l'éclairage devenait insuffisant ou bien elle ne l'était pas assez et la solution perdait ses propriétés absorbantes des radiations. En outre, l'introduction d'une lampe à incandescence dans le milieu liquide ne tardait pas à en provoquer l'ébullition. Au cours d'un voyage que je fis à Paris en décembre 1907, j'essayai également les lampes électriques à écrans liquides que le docteur E. Stenger a imaginées pour les manipulations photographiques. Elles ne furent pas utilisables pour notre usage. Il fallait donc renoncer à l'emploi des solutions colorées.

Leredde (2), dont on connaît la compétence en la matière, dit que « les expériences faites avec des verres colorés non vérifiés au spectroscope manquent considérablement de précision ». Seule, le verre rouge des photographes coloré au protoxyde de cuivre et le verre coloré au bleu de cobalt peuvent être considérés comme monochromatiques. Encore le verre bleu de cobalt laisse-t-il passer les rayons violets, indigos, bleus et parfois un peu de vert. Roustan (3), qui, en 1874, a consacré sa thèse inaugurale à cette question, dit : « Les verres colorés, qui seraient très précieux s'ils représentaient seulement une seule couleur, ont des inconvénients nombreux à cause de leur impureté et à cause du grand nombre de couleurs qui passent en même temps que la couleur que l'on désire employer. Celui qui trouverait des verres de différentes nuances ne laissant passer qu'une seule couleur aurait rendu à la science et aussi aux malades le service le plus signalé ; à l'industrie de chercher... »

Dans une intéressante communication (27 mars 1906) à l'Académie de médecine, le professeur Motais (d'Angers) a présenté des verres jaunes dont la propriété commune est d'absorber les rayons les plus réfrangibles, à partir du vert moyen. Ces verres ont obtenu un grand succès ; ils présentent des avantages incontestables; mais ils ne sont pas *monochromatiques*. Ils laissent passer, en effet, toutes les radiations chimiques.

M. le professeur Sigalas, qui s'est intéressé à mes recherches avec une bienveillance dont je le remercie, m'a suggéré l'idée d'avoir recours, pour obtenir le résultat que je désirais, aux écrans colorés que les progrès récents de la photographie ont mis en usage. C'est ainsi que je suis arrivé à construire les écrans et verres colorés auxquels je donne le nom de *verres trichromes* et que j'ai l'honneur de vous présenter. Il est certain qu'il ne faut pas songer à trouver des verres absorbant toutes les couleurs à l'exclusion d'une seule. Le *monochromatisme absolu* est sinon impossible, du moins difficile à obtenir. Où commence et où finit dans le spectre une couleur ? Le spectre est composé par une gamme colorée et la fusion est insensible entre les différentes couleurs. Les verres que je présente ne sont pas *monochromatiques* au sens littéral du mot, mais chacun d'eux a la propriété de ne laisser passer qu'une partie déterminée des radiations: *caloriques, lumineuses, chimiques.*

Ces verres sont : 1° rouges ; 2° verts; 3° bleus-violets. Tous ces verres ont été très soigneusement examinés au spectroscope dans le laboratoire et sous la surveillance de M. le professeur Sigalas et avec le précieux concours de son préparateur, M. Beylot.

1° Les *verres rouges* sont transparents pour toutes les radiations, depuis μ 570 à l'extrême rouge visible. Ils ne laissent donc uniquement passer qu'une très faible partie des radiations jaunes, les radiations orangées et rouges. Ils sont absorbants pour toutes les autres radiations.

2° Les *verres verts* sont transparents de 0 μ 480 à 570 ; ils ne laissent donc passer qu'une faible partie des radiations jaunes, les radiations vertes dans leur totalité et une très faible partie du bleu.

3° Les *verres bleus violets* sont transparents de 0 μ 400 à 505. Ils ne laissent donc passer que le violet, l'indigo, le bleu et une très faible partie du vert.

Les spectres d'absorption de ces différents verres sont représentés dans les schémas que je vous présente.

J'ai établi enfin des *verres jaunes* qui se rapprochent des verres Motais.

En résumé, ces différents verres ont la propriété de n'être transparents que pour des radiations déterminées : caloriques, lumineuses ou chimiques.

(1) Nagel, Ueber Strahlenfilter. *Biologischers Centralblatt*, t. XVIII, n° 17. 1898.

(2) Leredde et Pautrier, Photothérapie, photobiologie. Naud, éditeur, 1903, p. 14.

(3) Roustan, Thèse de Montpellier, 1874, p. 101.

REVUE DE STOMATOLOGIE

Eau d'alimentation et carie dentaire, par M. le Dr Herpin, dentiste des Quinze Vingts.

Il est d'observation courante, dit l'auteur, que, toutes choses égales d'ailleurs, les dents des individus habitant des régions calcaires sont moins fréquemment atteintes de carie que celles des individus habitant d'autres régions. Dans cette relation, c'est évidemment, comme l'ont démontré Maurel, P. Ferrier, l'eau d'alimentation, principal véhicule des sels de chaux, qui joue le rôle important. C'est ainsi que Ferrier a pu observer l'influence désastreuse d'une eau d'alimentation bouillie, stérilisée, par suite décalcifiée, sur la résistance des dents à la carie. Celle-ci, en effet, est fonction de leur bonne ou mauvaise calcification. Mais nous n'avons pas encore une statistique précise et suffisamment étendue pour être absolument démonstrative. Ces dernières années, Röse, en Allemagne, s'est livré à des recherches portant sur un nombre considérable d'individus, dans des régions variées dont il a soigneusement contrôlé la teneur en sels de

chaux des eaux d'alimentation. Ses investigations ont porté sur 164 localités, villages, bourgades, où il a examiné la bouche de 78.617 enfants des écoles.

De ces recherches, on peut formuler les conclusions suivantes : l'administration de sels de chaux à ces décalcifiés dont les dents semblent, par la rapidité d'évolution des lésions de carie, défier toute action locale. Et on a pu effectivement, en clinique, souvent constater les heureux résultats d'une médication ainsi comprise. P. Ferrier préconise l'emploi du phosphate tribasique de chaux; nous avons vu sous son influence rester stationnaires des lésions qui, jusque-là, avaient évolué avec une rapidité déconcertante.

Les organes dentaires nous apparaissent donc comme extrêmement sensibles à des variations même minimes d'ingestion de sels de chaux. Normalement riches en chaux, les tissus dentaires subissent, en cas d'absorption insuffisante, des modifications de leur constitution chimique, qui ne leur fournit plus une résistance suffisante contre l'action des microbes pathogènes de la carie et nous assistons à la destruction rapide des organes ; s'il s'agit d'une désassimilation anormale, ces mêmes organes subissent une décalcification manifeste qui se traduit également par des lésions multiples et à évolution rapide. Cette sensibilité des dents aux processus de décalcification peut, dans la pratique, être une indication des plus utiles, permettant de dépister des troubles organiques qui peuvent quelquefois ne point se traduire par d'autres signes apparents. L'examen attentif des dents ne doit donc en aucun cas être négligé, puisqu'il est susceptible de donner dans des cas aussi sérieux des indications de cette importance.

REVUE D'HYGIÈNE

De la nécessité d'examiner avec soin, lors de leur rentrée à l'école, les enfants atteints d'affections contagieuses, par le Docteur Toledano.

Une pratique de plus de 30 ans d'inspection médicale des écoles de Paris m'a mis en garde contre les allégations des parents des élèves atteints d'affections contagieuses. Ils vous induisent souvent en erreur, soit par ignorance, soit par intérêt. Dans le premier cas, ils vous diront que la maladie, pour laquelle leur enfant a été évincé de l'école, n'a à leurs yeux aucun caractère contagieux et ils vous demanderont sa réintégration immédiate. — Dans le second cas, ils chercheront à vous démontrer que la maladie n'avait aucune gravité et qu'actuellement leur enfant est guéri. Ils ajoutent que ce serait un ennui pour eux de garder à la maison, souvent vide toute la journée, un enfant qui boit et mange bien et qui en somme n'a pas eu une maladie bien grave.

Méfiez-vous de tous ces dires et n'ajoutez qu'une foi relative à ces propos plus ou moins intéressés. Examinez attentivement les enfants, faites-les déshabiller et vous découvrirez que la guérison n'est pas complète et que l'enfant peut encore contaminer ses camarades si vous lui donnez l'autorisation de rentrer à l'école.

N'attachez pas davantage une trop grande importance aux certificats médicaux de guérison que pourraient vous fournir les parents. Ces certificats ne devront être considérés que comme une indication et en aucun cas ils ne devront vous dispenser d'examiner l'état de l'enfant; quelques-uns de nos collègues ont eu en effet l'occasion de remarquer que des enfants porteurs de certificats médicaux constatant leur guérison et leur permettant de rentrer à l'école sans aucun danger de contamination pour leurs camarades, présentaient encore des symptômes manifestes de contamination.

Pour ma part j'ai eu à plusieurs reprises à faire la même constatation. Je suis loin d'incriminer le médecin traitant qui a dû être trompé sciemment ou inconsciemment par la famille de l'élève.

Les maladies qui doivent surtout appeler votre attention sont : la rougeole, les maux de gorge, les oreillons et plus spécialement la varicelle.

La rougeole n'est généralement pas soignée dans certaines familles à moins qu'elle ne présente des complications plus ou moins graves. — Elle passe quelquefois inaperçue et parfois les parents vous disent que leur enfant a eu sur le corps quelques rougeurs qui ont disparu en 24 ou 48 heures, et qu'actuellement il est tout à fait bien. Méfiez-vous, faites déshabiller l'enfant, interrogez les parents et en poussant l'interrogatoire un peu loin, vous arriverez à constater qu'au lieu d'une petite rougeur de la peau, ce sont de véritables boutons rubéoliques, que l'apparition de cette éruption a été précédée de coryza, de larmoiement, de fièvre, d'un malaise général, etc. Vous concluez à la rougeole et vous ne délivrez le certificat de rentrée que si l'enfant remplit les conditions nécessaires relativement à la durée de l'éloignement de l'école.

Les affections de la gorge donnent lieu aussi à des erreurs et il faut vous mettre sur vos gardes. Un interrogatoire conduit avec soin vous met sur la voie du diagnostic et vous êtes tout étonné que le simple mal de gorge insignifiant que vous signalent les parents, soit bel et bien la diphtérie. Vous voyez donc l'importance de l'examen approfondi du sujet.

Les oreillons passent quelquefois inaperçus et les parents ne s'en préoccupent pas, la maladie guérit sans soin. Mais comme elle est très contagieuse et parfois épidémique, il est bon de la dépister. Quoiqu'elle soit généralement bénigne, elle prend dans certains cas une gravité telle que la mort peut s'ensuivre. Pour ma part, j'ai vu un cas qui s'est terminé d'une façon fatale.

J'arrive enfin à la varicelle, affection très souvent bénigne, mais très contagieuse et surtout, comme vous le savez, au moment de la dessiccation et de la chute des croûtes. En général elle dure de 20 à 25 jours, mais il arrive des cas où la chute des croûtes n'est définitive qu'au bout de 33 ou même de 35 jours ainsi que je l'ai vu un certain nombre de fois. Si vous ne faites pas déshabiller l'enfant atteint de cette affection et si vous ne vous assurez pas de l'état de sa peau, vous pouvez commettre des erreurs. Il m'est arrivé assez souvent de recevoir à mon cabinet des enfants porteurs de certificats médicaux constatant que la varicelle était complètement guérie et après je me suis aperçu qu'un certain nombre de croûtes persistaient encore.

Je termine ma communication en vous signalant un fait qui s'est présenté tout récemment à mon observation.

Un élève âgé de 10 à 11 ans, appartenant à une famille très aisée, contracte la rougeole et est soigné par le médecin de la famille. Au bout d'environ trois semaines, il vient me demander un certificat de rentrée à l'école. Après l'avoir fait déshabiller et l'avoir examiné avec soin, n'ayant trouvé chez lui rien qui s'opposât à sa réintégration, je l'autorise à rentrer à l'école. Deux jours après, je le rencontre dans la rue avec son père qui m'arrête en me disant: « *Mon fils commence à desquamer ; voyez donc ses mains.* » En effet il y avait bien une desquamation, mais ce n'était pas celle de la rougeole. C'était bel et bien la desquamation de la scarlatine. Je lui réponds qu'il fallait ramener immédiatement son enfant chez lui, faire venir son médecin et en tout cas ne le ramener à l'école qu'au bout de trois ou quatre semaines après disparition complète de toute desquamation.

Ainsi donc voilà un enfant qui a été soigné pour une rougeole et qui, au bout de trois semaines, présente une desquamation scarlatineuse. La scarlatine s'est-elle surajoutée à la rougeole ou bien a-t-on confondu une maladie avec l'autre ? Je ne sais. Ce qu'il y a de certain c'est que j'avais affaire à un élève atteint de scarlatine et non de rougeole comme l'avaient cru et la famille et le médecin traitant.

CARNET DU PRATICIEN

Anorexie des tuberculeux

Prendre une demi-heure avant les repas, avec un peu d'eau, une cuillerée à café de la solution.

Vanadate de soude.........	0 gr. 04
Eau distillée..............	150 grammes

Pour faciliter l'expectoration des tuberculeux

Prendre, chaque jour, 6 à 8 des pastilles suivantes :

Poudre de Dower...............	0 gr. 03
Baume de tolu..................	0 gr. 05
Gomme adragante...............	q. s.
Sucre...........................	q. s.

Indications des Stations hydrominérales et climatiques

En romain. — *Stations hydrominérales possédant un établissement et des hôtels et vendant de l'eau en bouteille.*

En romain souligné d'un trait. — *Stations hydro ayant établissement et hôtels, mais n'expédiant pas d'eau.*

En «italique». — Stations vendant de l'eau minérale ne possédant ni hôtels ni établissement hydrominéral.

Albuminuries. — Saint-Nectaire.
Anémie. — Cauterets, Lamalou, La Bourboule.
Arthritisme. — Contrexéville, Cauterets, Mont-Dore.
Artério-sclérose. — Plombières, Brides.
Asthme. — Mont-Dore, Cauterets, La Bourboule.
Bronchites. — Cauterets.
Bronchites chroniques. — Cauterets, Mont-Dore, La Bourboule
Coliques hépatiques. — Contrexéville.
Constipation. — Cauterets, Châtel-Guyon.
Coryza chronique. — Mont-Dore, Cauterets, La Bourboule, Fumades
Dermatoses. — Saint-Christau, La Bourboule, Fumades.
Diabètes. — Contrexéville, La Bourboule, Vichy.
Dyspepsies. — Plombières, Cauterets.
Emphysème. — Mont-Dore, La Bourboule.
Entérites. — Châtel-Guyon, Brides, Cauterets, Plombières
Estomac. — Vichy, Plombières.
Foie. — Contrexéville, Brides.
Gorge. — Mont-Dore, Luchon, Cauterets, La Bourboule, Fumades.
Goutte. — Contrexéville, Martigny, Aix-les-Bains.
Gravelle urique. — Contrexéville, Châtel-Guyon, Vichy.
Laryngites. — Cauterets, La Bourboule, Fumades.
Leucoplasie. — Saint-Christau.
Lymphatisme. — Salins-Moutiers.
Métrites. — Plombières, Salins-Moutiers, Fumades.
Névralgies. — Plombières.
Nez. — Mont-Dore, Cauterets, La Bourboule, Fumades.
Obésité. — Brides-les-Bains.
Reins (Lavage). — Contrexéville.
Rhumatismes. — Aix-les-Bains, Plombières, Cauterets. Dax.
Rhume des Foins. — Mont-Dore, La Bourboule.
Sciatique. — Aix-les-Bains.
Syphilis. — Cauterets, Aix-les-Bains.

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 17 500 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 35, rue J.-J. Rousseau

Le Gérant : Docteur Lucien Graux.

ÉCHOS

Au Val-de-Grâce.

Un peu de statistique en passant.

Voulez-vous savoir la façon dont on traite nos braves officiers et nos valeureux soldats au Val-de-Grâce? Voici quelques détails qui prouveront que, malgré les informations des antimilitaristes, nos militaires blessés ou malades sont fort bien traités.

On a consommé pendant l'année écoulée 7.000 kilos de bœuf, 4.500 de veau, 6.000 de mouton, 1.800 de porc. On a distribué 100.000 kilos de pain, 65.000 litres de vin rouge, 6.000 litres de vin blanc, 175.000 litres de lait, 4.500 kilos de chocolat, 3.000 de pâtes, 10.000 de légumes, 128.000 œufs, 3.050 poulets, 750 pigeons, 80 canards, 150 perdreaux.

Ajoutons à cela 600 kilos de tapioca, 15.000 biscuits, 670 kilos de confiture, 300 de pruneaux, 700 de quatre mendiants, 2.900 de beurre, 10.000 de sucre, et 2,000 de fromages.

Enfin les soldats ont touché 1.600 savonnettes et on a employé 21.500 kilos de glace.

Le Val-de-Grâce est un hôpital modèle, et nos braves petits troupiers savent apprécier à leur juste valeur les soins empressés et dévoués qui leur sont prodigués.

Un fonctionnaire inattendu.

Saviez-vous qu'il existât à la préfecture de police un médecin inspecteur du marché aux plantes médicinales?

Ce fonctionnaire, dont l'existence vient de nous être révélée à propos de la publication d'un annuaire officiel, doit aujourd'hui avoir quelque loisir.

Renseignements pris, en effet, le marché aux plantes médicinales n'existe plus depuis vingt ans. Qu'inspecte donc notre confrère?

La protection de la santé publique en Nouvelle-Calédonie.

La loi du 15 février 1902 sur la protection de la santé publique vient d'être appliquée par décret à la Nouvelle-Calédonie.

Les dispositions de cet acte fournissent aux gouverneurs les armes légales nécessaires pour organiser la défense du pays qu'ils administrent et pour imposer aux habitants les mesures de protection contre les épidémies. Aussi la loi de 1902 a-t-elle déjà été mise en vigueur dans la plupart de nos colonies. Elle sera d'autant plus utile en Nouvelle-Calédonie que la lèpre y a fait récemment d'alarmants progrès.

La loi italienne concernant l'exercice de la médecine par des praticiens étrangers.

Le Sénat italien vient d'adopter une loi n'autorisant la libre pratique de leur art qu'aux seuls ressortissants de pays accordant ce droit aux médecins italiens. En l'espèce, l'Angleterre seule se trouve dans ce cas. Les ressortissants de tous les autres pays doivent passer dans une Université italienne un nouvel examen, qui ne leur confère du reste que le droit de donner des soins aux seuls non-Italiens.

On a établi toutefois des exceptions en faveur des médecins des ambassades étrangères et des consulats, qui jouissent du bénéfice de l'exterritorialité. Sont admis, en outre, aux mêmes avantages, les spécialistes appelés par un malade, les médecins intervenant en cas d'accidents, etc., enfin tous les praticiens étrangers payant depuis trois ans au moins l'impôt principal sur la *ricchezza mobile.*

Hygiène infantile en Bretagne.

Le préfet du Finistère vient de faire placarder dans toutes les communes de son département l'affiche suivante, rédigée en français et en breton.

« Il meurt trop de petits enfants, et par notre faute.

« Sur cent enfants qui meurent dans leur première année, il y en a quarante qui sont tués par une alimentation mal comprise, parce qu'on leur a donné à manger bien trop tôt.

« Jusqu'à six mois au moins, on ne doit nourrir l'enfant qu'avec du lait et, de préférence, avec le lait de sa mère; il n'y a pas d'inconvénient à prolonger l'allaitement plus longtemps.

« Les animaux sont plus raisonnables que nous : ils allaitent leurs petits et ne les font pas manger avant que les dents leur soient poussées.

« Il faut soigner l'enfant dès la première apparition d'un dérangement de corps ; on ne sait jamais ce que celui-ci peut devenir; en attendant le médecin, mettre l'enfant à la diète absolue.

« *Le Préfet,* J. CHALEIL.

La natalité en Angleterre.

La natalité est en sérieuse diminution en Angleterre. Pendant la période des trente dernières années, la moyenne des naissances était, dans ce pays, de 35,4 pour 1.000 habitants. Or, pendant la période 1907-1910, la moyenne s'est abaissée à 26,6 par 1.000. La cause de cette dépopulation tient principalement à l'application de la théorie néomalthusienne dans les classes pauvres où elle a pris une énorme diffusion. On commence à s'émouvoir en Angleterre d'un mal dont les progrès menacent bien des pays.

Cyprins et moustiques.

Les moustiques abandonnent leurs larves à la surface des eaux stagnantes, bassins, mares, étangs. De là s'envolent tous les ans des millions et des millions de moustiques porteurs de germes morbides.

Pour tuer les larves de ces moustiques, on versait du pétrole sur ces eaux; mais, outre que le procédé était dispendieux, ce pétrole empestait l'air et dans les jardins des grandes villes on hésitait à en faire usage.

Un Américain, M. Underwood, a démontré qu'il suffisait d'élever des cyprins dans ces pièces d'eau pour se débarrasser des moustiques. Les cyprins sont, en effet, très friands des larves des moustiques et en détruisent dans quelques minutes des quantités considérables.

Que tous ceux qui ont des pièces d'eau près des habitations y mettent des cyprins et ils feront ainsi disparaître le moustique porteur de germes morbides dangereux pour l'homme.

L'Ecole de médecine de Hanoï.

On connaît peu, en France, cette école créée en 1905 et dont l'organisation a été modifiée par l'arrêté du 5 août 1909 et le décret du 18 mars 1909, qui la place sous l'autorité directe du résident supérieur au Tonkin.

L'enseignement de l'école est adapté aux connaissances générales des élèves et le but poursuivi est avant tout pratique. Les élèves font leurs travaux de clinique à l'hôpital du Protectorat et à la Polyclinique gratuite des indigènes de Hanoï, où une moyenne de près de deux cents consultants par jour viennent réclamer des soins.

L'effectif actuel de l'école comprend 34 élèves, se répartissant comme suit : 12 Cochinchinois, 12 Tonkinois, 2 Cambodgiens, 1 Annamite, 7 Chinois.

La promotion de l'année dernière comprenait 7 médecins indigènes qui ont subi avec succès les examens théoriques au mois de juin 1910, et les examens pratiques (clinique médicale, chirurgicale et obstétricale) en octobre. Elle comprend : 2 Cochinchinois, 3 Tonkinois, 1 Cambodgien, 1 Annamite. Ils ont été mis à la disposition des chefs d'administration locale. Les médecins indigènes sortis de l'école et actuellement en service, tant en Cochinchine qu'au Tonkin, ont donné entière satisfaction. Dans tous leurs rapports, administrateurs, chefs de province et médecins de l'Assistance sont unanimes à reconnaître non seulement leur valeur professionnelle et leur dévouement, mais aussi leur loyalisme. Les éloges mérités par les médecins indigènes ne s'adressent pas seulement à leur manière de servir quotidiennement à l'hôpital, mais encore au zèle dont ils font preuve en temps d'épidémie de peste, de choléra ou de fièvre récurrente.

Une mesure qui doit être considérée comme le complément utile et indispensable de l'Ecole de médecine a été l'envoi en France, pour parfaire leurs études médicales, des meilleurs élèves sortis de l'école. Certains sujets d'élite s'étaient révélés comme bien supérieurs à leurs camarades; il était intéressant de leur permettre de compléter leurs études en abordant certaines branches de la médecine qui ne font pas partie du programme d'études de Hanoï. Il n'a pas été question d'en faire des docteurs en médecine : le but poursuivi est de faire d'eux de très bons auxiliaires des médecins européens et, dans la mesure du possible, de pouvoir leur confier certains postes plus importants.

Un médecin a été spécialement chargé de les diriger dans cette voie; la durée des études est de deux ans pendant lesquels les étudiants annamites sont attachés à différents services hospitaliers et peuvent étudier les spécialités non enseignées à Hanoï. M. le professeur Lannelongue a bien voulu placer les étudiants annamites sous son haut patronage; il leur a ouvert largement son laboratoire et dans différents hôpitaux, où ils sont attachés, il les a spécialement recommandés. Il a fait lui-même auprès du doyen de la Faculté de médecine de Paris les démarches nécessaires pour permettre à nos étudiants d'avoir accès dans tous les laboratoires d'instruction pratique.

Le teint des individus et leur résistance aux maladies.

La médecine reconnaît déjà un rapport étroit entre les maladies et la couleur de teint des individus : les cobayes présentent à ce sujet d'intéressantes particularités. Les cobayes gris et rouges résistent mieux aux maladies que les blancs. Des expériences commencées à l'Institut Pasteur de Garches, ont eu pour objet de préparer des lignées pures de cobayes agoutis (roux), gris, blancs et noirs. On a constaté que les blancs sont très prolifiques et donnent plus de femelles que les roux; mais ils sont aussi beaucoup plus susceptibles de maladies que les roux, lesquels sont plus résistants aux maladies infectieuses. Les cobayes sauvages, importés du Brésil, sont gris et presque tout à fait stériles; cette stérilité partielle se maintient dans les croisements. Ces exemples sont assez intéressants au point de vue de la résistance des tempéraments.

82e Année (Série XIIIe) — N° 116 LE NUMÉRO : 25 CENTIMES Mercredi 18 Octobre 1911

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
9, Rue Denis-Poisson, PARIS
TÉLÉPHONE : 578-40

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale......... 15 fr.
Édition Espagnole.... 10 fr.
Édition Portugaise.... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

ÉCHOS

Distinctions honorifiques.

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES. — *Médaille d'argent* : M. le Dr Maire, à Safi (Maroc).
Médaille de bronze : M. Perrin, interne en chirurgie à l'hôpital de Saint-Denis (Seine).

Le monument au Dr Guinard.

Un comité s'est constitué pour élever un monument au Dr Guinard, assassiné, dans les circonstances que chacun connait, par un de ses anciens clients et obligés, le tailleur Herrero.

Il comprend sous la présidence de M. Mesureur, directeur général de l'Assistance publique de Paris et du département de la Seine, et la vice-présidence de M. le Dr Strauss, sénateur, vice-président du Conseil de perfectionnement de l'Assistance publique, MM. les Drs Navarre, Segond, Pécharnand, Hautefont, Teel, Rochard; MM. M. Bernard, avocat à la Cour d'appel; Desmoulins, artiste-graveur, et un représentant de l'Académie de médecine, de la Société de chirurgie, des médecins de la Seine, des internes de Paris et des médecins des hôpitaux.

La prochaine réunion aura lieu dans la deuxième quinzaine d'octobre. On y choisira définitivement le sculpteur (Rodin, Puech ou Injalbert) à qui sera confiée la création du monument, un bas-relief en marbre qui sera placé à côté de celui consacré, dans la cour de l'Hôtel-Dieu, aux internes morts dans l'exercice de leurs fonctions.

On a déjà recueilli environ 18.000 francs. Une partie de la souscription totale servira à la fondation d'un prix annuel pour les victimes du devoir.

Suicide de l'assassin du docteur Guinard.

Herrero, l'assassin du regretté docteur Guinard, vient de se pendre dans sa cellule. Il avait déjà précédemment tenté deux fois de se donner la mort.

Les asiles d'aliénés.

Le dernier conseil de Cabinet vient d'approuver un projet de réorganisation des asiles d'aliénés.

Certains asiles d'aliénés, jouissant de la personnalité civile et de l'autonomie budgétaire et échappant à ce titre à la réglementation applicable aux asiles départementaux, ne sont encore régis que pour des usages imprécis au détriment de leurs droits, comme de l'intérêt des malades. Des règles d'ensemble nettement déterminées les replacent sous la tutelle et le contrôle de l'Etat et leur assurent un fonctionnement régulier. Cette réforme en annonce et en précède de peu une autre analogue : la réorganisation des établissements nationaux de bienfaisance qui présentent de leur côté des divergences et des imperfections préjudiciables à l'accomplissement de leur mission.

Monument au Dr Penty.

Le Conseil général de la Gironde vient de décider d'élever un monument, dans la commune de Saint-Vincent-de-Paul, à la mémoire de notre confrère, le Dr Penty, ancien médecin principal de la marine, ancien président du Conseil d'arrondissement de Bordeaux. Les souscriptions sont reçues chez M. Rivière, juge de paix, trésorier du Comité, rue Causse-ronge, à Bordeaux.

Les religieuses des hôpitaux et la loi des retraites.

Le tribunal correctionnel du Mans vient de statuer sur l'appel formé devant lui par deux sœurs de la Congrégation d'Evron, Mmes Armandine Lebert et Rosalie Durand, surveillantes à l'hospice de Ballon (Sarthe), qui avaient été inscrites d'office comme assujetties obligatoires à la loi des retraites ouvrières, et avaient vu, malgré leurs protestations le juge de paix de Ballon maintenir leur inscription, attendu qu'une somme de 150 francs était versée annuellement, au nom de chacune d'elles, par l'administration de l'hospice de Ballon.

Les deux religieuses faisaient observer que cette somme de 150 francs constituait non pas un salaire annuel, mais une indemnité de vestiaire qu'elles ne touchent d'ailleurs pas elles-mêmes, car elle est versée à leur supérieure, sur le simple acquit de celle-ci, et remise ensuite à la Congrégation d'Evron. C'est la Congrégation, et non les religieuses, qui a passé contrat avec l'hospice; donc les sœurs ne peuvent être considérées comme des salariées.

Le tribunal a approuvé la thèse des religieuses. Son jugement décide que la loi des retraites ouvrières n'est pas applicable aux sœurs de l'hôpital de Ballon qui ne sauraient être considérées comme des salariées. Il a prononcé en conséquence leur radiation de la liste des assujetties obligatoires.

La lèpre en Nouvelle-Calédonie.

Le ministre des Colonies vient de prescrire l'application de mesures sanitaires en Nouvelle-Calédonie. Voici quelques détails sur les dangers que la lèpre fait courir aux indigènes, d'après le rapport annuel pour l'année 1910.

Au 31 décembre 1910 le nombre des lépreux blancs internés à l'île aux Chèvres était de 51 dont 26 hommes libres, 17 libérés de 2e section et 8 femmes ou enfants.

Aux îles Bélep, il existait à la même date 70 lépreux d'origine pénale, et à la léproserie de la pointe Nord (île Nou), 13 lépreux attendant leur transfert aux Bélep. En additionnant ces chiffres de lépreux blancs libres ou blancs d'origine pénale, on arrive à un total de 134 blancs isolés.

Malheureusement, le nombre vrai des malades existant en Nouvelle-Calédonie est beaucoup plus grand. Non seulement ces malades sont mêlés à la population saine, vont et viennent, stationnent dans les endroits publics, mais encore un certain nombre d'entre eux exercent les professions les plus susceptibles d'être une cause de contagion. On peut, sans exagération, affirmer que le nombre total des Européens blancs lépreux dépasse 300.

Le nombre des lépreux indigènes est encore moins connu. Plus de 400 sont en principe internés dans les léproseries indigènes. Mais leur nombre total est certainement bien plus élevé.

Congrès des médecins de langue française.

Le douzième Congrès français de médecine s'ouvrira le 22 octobre courant, à Lyon, sous le patronage et la présidence d'honneur de M. Edouard Herriot, maire de Lyon, des professeurs Chauveau, Ch. Bouchard et Lépine, et la présidence effective du professeur Teissier.

La session qui va s'ouvrir comporte un intérêt tout spécial : accessible pour la première fois d'une façon définitive aux médecins de langue française, Suisse, Belgique, Canada, elle doit réaliser un groupement nouveau des plus importants en ouvrant ses portes à tous les maitres de la science mondiale qui acceptent de discuter en français nos rapports, ou d'apporter en notre langue des communications originales. Il s'agit en résumé de la fondation de l'Association permanente des médecins de langue française.

Médecins d'assistance en Indo-Chine.

Un décret abaisse de trente-cinq à trente ans la limite d'âge imposée aux médecins qui désirent poser leur candidature à l'emploi de médecin stagiaire dans les services d'assistance d'Indo-Chine. Cette réforme a pour objet d'abaisser par contre-coup l'âge où les médecins de l'assistance publique indo-chinoise sont admis à bénéficier de la retraite.

Tumeur blanche du genou d'origine syphilitique

DÉPISTÉE PAR

l'apparition d'une Kératite parenchymateuse

par MM. Carle Rœderer et de Spéville

On ne saurait un instant mettre en doute qu'un grand nombre de cas de tumeurs blanches des diverses articulations, chez les enfants, relèvent de la syphilis héréditaire. Facilement, pourtant, en présence de l'énorme proportion de tuberculoses externes avérées qui fréquentent les consultations hospitalières, on se fait une mentalité clinique trop simpliste, on se contente d'un diagnostic commode, qui de provisoire devient définitif après le premier appareil posé.

Or, il nous est arrivé bien souvent de contrôler après coup les éléments étiologiques de semblables malades et de trouver dans leurs antécédents familiaux, collatéraux ou personnels, tels stigmates de spirillose qui, appréciés à temps, auraient éveillé un doute lors du premier examen.

Souventes fois, c'est la marche de la maladie qui fait tourner bride au diagnostic et le conduit dans une autre voie. Une tumeur blanche caractéristique évolue sous nos yeux d'une façon inattendue : par ex : La gêne fonctionnelle se réduit au minimum, l'atrophie reste médiocre et l'hydartrose prend le pas sur les fongosités, ou bien la prise secondaire d'une articulation symétrique éclaire soudain sur une étiologie.

Mais ce sont là des points d'ordre banal pour tous ceux qui manient la clientèle infantile et ces surprises de la clinique cessent d'en être après quelques années d'exercice de la spécialité.

Parfois pourtant, contre toute attente, en l'absence de tout anamnestique, un fait inattendu surgit qui vient apposer une signature sur une affection banale, dérouter les déductions cliniques, jeter le trouble dans l'esprit et d'ailleurs apporter comme compensation à la blessure d'amour-propre du médecin une meilleure promesse pronostique au malade.

Un fait récent nous a signifié une fois de plus l'insécurité de nos convictions et fait penser « aux maladies de la certitude » dont parle Renan en quelque endroit.

Il s'agit d'une petite fille de 2 ans présentant une tumeur blanche des deux genoux. Nous n'avions pas assisté au début de l'évolution, mais l'autorité du maître qui avait donné les premiers soins nous était une garantie suffisante du bien-fondé du diagnostic posé.

D'ailleurs, quand nous fûmes appelés auprès d'elle dix mois après, une des arthrites était nettement en voie de guérison. Le genou droit, le premier pris, était à peine douloureux. De très légers mouvements pouvaient y être perçus malgré une immobilisation de près d'un an. Un certain épaississement de la synoviale persistait cependant et même on pouvait sentir un véritable empâtement des culs-de-sacs sous-quadricipitaux.

Le genou gauche avait un aspect différent : globuleux, tendu, il était le siège de douleurs lors des attouchements même légers et la palpation du plateau tibial externe provoquait une souffrance vive.

Malgré la symétrie des lésions, la possibilité d'une arthrite spécifique ne nous vint pas à l'esprit. L'enfant vivait dans un milieu familial un peu gêné, dans un appartement étroit, exposé au Nord, sur une cour. La mère de santé délicate et le père fatigué par des excès de travail semblaient des procréateurs désignés pour une souche tuberculeuse. Plus tard, un doute nous étant venu, ils nièrent tout accident syphilitique et persévérèrent dans leur négation, même alors qu'on leur eut montré quelle nouvelle ressource thérapeutique nous apporterait un changement de diagnostic.

Pendant six mois, cette enfant fut suivie par nous sans qu'aucune modification notable se fut produite dans l'état local. Il n'en était pas de même de l'état général qui déclinait visiblement malgré les changements de régime, une hygiène mieux comprise et une thérapeutique appropriée.

C'est alors qu'à la fin de mars 1910 en quelques jours se constitua une kératite peu prononcée d'ailleurs qui nécessita une consultation d'un confrère ophtalmologiste.

Le docteur de Spéville constate la presence sur l'œil droit d'une kératite parenchymateuse peu prononcée. Il interrogea les parents qui nièrent tout accident spécifique, mais convaincu que dans la très grande majorité des cas l'affection oculaire constatée relève de la syphilis héréditaire, il ordonna du sirop de Gibert, 2 cuillers à café par jour, des applications de compresses chaudes sur l'œil malade et des instillations d'atropine.

Nous revîmes l'enfant ensemble, le 22 août et eûmes la satisfaction de noter non seulement une sensible amélioration de l'œil mais aussi des articulations des genoux.

Le sirop de Gibert fut prescrit pendant un mois, avec repos d'un mois.

Le 23 mai l'amélioration est plus accentuée et le 11 juillet la kératite est complètement guérie. A cette date le genou droit a récupéré tous ses mouvements, le gauche est complètement désenflé, aucunement douloureux; on peut y constater de légers mouvements.

L'intérêt de cette observation réside donc dans ce fait que la spécificité n'aurait pas été dépistée sans l'accident fortuit de la kératite et la guérison des genoux se serait fait sans doute attendre encore longtemps avec le traitement d'immobilisation et de stimulant général.

Encore ne faudrait-il pas se hâter de faire de brusques conversions de diagnostic sur l'apparition de taies cornéennes. Un autre enfant de 7 ans, un garçon atteint d'une tumeur blanche du genou à forme synoviale, torpide, soupçonné d'ailleurs de spécificité, présenta en février 1911 aux deux yeux des taies cornéenes qui, examinées par de Spéville, furent reconnues pour être des vestiges de kératite phlycténulaire à poussées successives, la dernière toute récente. Ces phlyctènes de la conjonctive et de la cornée relèvent de la diathèse strumeuse, proche parente de la tuberculose et chez ce petit malade nul doute qu'il ne faille rapporter les accidents à l'une ou à l'autre de ces diathèses. C'est là, d'ailleurs, un fait banal chez les enfants en état de misère physiologique ou qui présentent de l'impétigo de la face ou du cuir chevelu.

Après avoir montré combien la constatation de la kératite parenchymateuse avait été en quelque sorte providentielle dans la première de nos observations, il ne nous a pas paru inutile de signaler notre hésitation en présence d'une simple kératite phlycténulaire. En toute matière il convient d'éclairer sa lanterne.

Sur deux Cas d'Empoisonnement [1]

PAR LE LAUDANUM

Par le Docteur Adrien Besson

Maître de Conférences à la Faculté libre de Médecine (2) chargé du Cours de Médecine légale

Les intoxications par les préparations opiacées sont fréquentes; elles sont surtout *accidentelles* et résultent le plus souvent d'une erreur thérapeutique ou d'une confusion de médicament. Les empoisonnements *criminels* sont beaucoup plus rares et Brouardel n'en cite guère qu'une vingtaine de cas en soixante ans, de 1825 à 1885; l'opium et ses alcaloïdes ont, en effet, un goût désagréable qu'il est très difficile de masquer. L'affaire criminelle restée la plus retentissante est celle de Castaing, un médecin, qui, en 1823, fit boire à un de ses amis, Ballet, de l'acétate de morphine dissous dans du vin chaud additionné de jus de citron : la victime trouva le vin si amer qu'elle n'en but qu'une petite partie, attribuant d'ailleurs cette amertume au jus de citron. Le malheureux succomba dans le coma le lendemain après une nouvelle administration du même sel dans une potion. Chevallier a réuni encore plusieurs cas de suppression d'enfants au sevrage par la décoction de têtes de pavots : je reviendrai plus loin sur ce point.

Si l'homicide par l'opium est rare, le suicide est, par contre, plus fréquent; les désespérés, dont le laudanum a toujours eu les préférences, croient trouver une mort douce dans l'oubli du sommeil; ce qui, en réalité est souvent le contraire, les fortes doses produisant, au moins au début, de l'excitation avec conservation de la connaissance. En Angleterre, où la vente des opiacés est libre, la moitié des suicides a, dans certaines années, été attribuable à l'opium ou à ses dérivés; en France, la proportion est beaucoup moindre.

J'ai pu observer, dans ces dernières années, deux cas d'empoisonnement par le laudanum, tous les deux avec survie : l'un criminel, avec absorption de la dose énorme de *45 grammes;* l'autre, accidentel, avec une dose de *13 grammes.* J'ai cru intéressant d'en rapporter aujourd'hui la relation, avec les réflexions qu'elles peuvent suggérer.

Observation I (personnelle et inédite)

J'étais appelé un soir précipitamment vers 10 heures, auprès d'une malade dont l'état d'agitation subit inquiétait l'entourage. L'apparition brusque de ces symptômes insolites, sans fièvre ni

(1) Il est question du laudanum de Sydenham; le laudanum de Rousseau sera, le cas échéant, désigné par son nom propre.

(2) Communication à la Société des Sciences Médicales de Lille.

symptôme pathologique apparent, *avec conservation parfaite de la connaissance*, me fit songer à une intoxication et, après quelques difficultés et une résistance assez vive, j'appris par l'intéressée elle-même qu'elle avait absorbé à cinq heures exactement, *un flacon entier de laudanum*. Le flacon avait été versé dans un gobelet qui fut aussitôt intégralement vidé; le fait me fut pareillement confirmé par la petite fille de la malade qui assistait, seule, à la scène, mais qui avait gardé, par ordre, un mutisme prudent. J'examinai aussitôt le gobelet et le flacon : le gobelet, vide, conservait l'odeur caractéristique du narcotique; quant au flacon, il était d'une contenance de *45* cent. cubes, soit *quarante-cinq grammes* (1), quantité énorme qui avait été absorbée d'un seul trait. Or, et j'insiste sur ce fait, *cinq heures* s'étaient déjà écoulées depuis et il ne s'était produit *aucun vomissement* : il était donc infiniment probable que l'absorption s'était faite intégrale.

Dans l'état de la malade, deux symptômes cliniques attiraient immédiatement l'attention : 1° une excitation très accentuée, avec loquacité, visage congestionné, mais sans délire; 2° un *rétrécissement exagéré de la pupille* avec insensibilité complète à la lumière. La malade accusait des vertiges, des troubles de la vue, une soif vive avec sécheresse de la bouche, des démangeaisons. Le pouls était plein et dur, à 88°; la respiration était *profonde* et *considérablement ralentie*, mais sans type intermittent. Bientôt apparurent des nausées; il y eut aussi des vomissements mais seulement à une heure avancée de la nuit : ils ne contenaient pas de laudanum. A cette période d'excitation succéda, assez rapidement, une phase de somnolence progressivement croissante, absolument invincible, phase essentiellement critique de l'intoxication, car son aboutissant immédiat peut être le coma terminal. Je fis alors appliquer la *méthode ambulatoire* couramment usitée en Angleterre et en Amérique; malgré la résistance de la malade, qui ne demandait qu'à être laissée dans son pernicieux sommeil, elle fut levée et maintenue par des aides, constamment promenée, poussée, « bousculée » même si l'on me permet une expression vulgaire; j'y fis ajouter même des frictions et des flagellations. L'indication formelle est *à tout prix* d'empêcher le malade de dormir et l'on conçoit que ce mode de traitement soit des plus pénibles pour tout le monde. J'administrais en même temps des stimulants variés et notamment du café que j'avais prescrit de faire *très fort* ; sur ce point, je fus religieusement écouté, ce qui ne surprendra aucun de ceux qui connaissent les habitudes locales, et ma malade en but *près d'un litre* dans la nuit; je crois inutile d'ajouter que l'entourage tout entier participa largement à cette dernière thérapeutique.

L'administration d'un vomitif n'était pas indiquée, les vomissements ayant apparu assez répétés; quant au lavage de l'estomac, il m'eût été impossible de le pratiquer, étant donné l'état de la malade. C'est alors que l'état ne subissant aucune amélioration, le cœur faiblissant et les symptômes allant s'aggravant, j'eus recours à l'*atropine*, que je fis doser par granules de un demi-milligramme. La malade en prit trois dans la dernière partie de la nuit et dans le début de la matinée, soit un milligramme et demi en six heures environ. Les symptômes critiques s'amendèrent alors d'une façon notable : la respiration devint plus fréquente, le pouls, qui était devenu rapide et plus faible, prit une ampleur plus grande, la pupille commença à se dilater et la somnolence devint moins invincible. L'atropine fut alors suspendue. L'amélioration alors d'ailleurs s'accentuait et, dans la soirée, vingt-quatre heures après l'absorption de la dose toxique, le pouls était à 76, normal, la respiration était favorable quoique encore un peu ralentie, la pupille réagissait mieux, la tendance au sommeil avait à peu près disparu. Pendant seize heures, l'anurie avait été complète; la malade émit alors environ 150 grammes d'urine très foncée qui ne fut pas analysée, le flacon qui devait me parvenir ayant été égaré. Pas de céphalée, constipation absolue.

La nuit suivante fut bonne, les urines augmentèrent très notablement et, le lendemain, la malade était rétablie, tous les symptomes critiques ayant disparu. La constipation seule persista pendant plusieurs jours avec quelques vertiges et une « lourdeur de tête », paraît-il, fort gênante.

Il n'y eut pas de récidive!

(1) Il s'agit du laudanum de l'ancien Codex, le fait que je rapporte remontant à plusieurs années : le laudanum du nouveau Codex donnerait un poids moindre.

OBSERVATION II (personnelle et inédite)

Mme X..., voulant utiliser un lavement laudanisé, pour calmer, des douleurs vives de névralgie ovarienne et considérant probablement le laudanum comme un agent absolument inoffensif, versa dans le liquide du lavement une fiole presque entière de laudanum (ancien Codex) de 15 gr. (il fut facile de calculer que la quantité employée était de *13 grammes* au minimum). Le lavement, que Mme X... s'était donné elle-même avec la petite seringue de 60, fut complètement gardé, étant très court. Après une phase d'agitation, d'ailleurs modérée, qu'elle me dit plus tard l'avoir fort surprise, elle s'endormit complètement et fut trouvée par son entourage, plongée dans un profond sommeil, dont elle ne pouvait être tirée qu'à grand'peine, et encore pour de très courts instants. C'est alors que je fus appelé auprès d'elle et, personne ne pouvant me fournir aucun renseignement, je fus d'abord perplexe. Néanmoins, le sommeil invincible et le rétrécissement de la pupille, le ralentissement de la respiration me firent songer rapidement à une intoxication opiacée; nous trouvâmes d'ailleurs presque aussitôt la petite seringue à lavement et à côté le flacon vide de laudanum, qui ne firent que confirmer nos présomptions. Le traitement ambulatoire fut appliqué, ainsi que les excitants de toute nature; un lavement purgatif administré; l'atropine fut administrée par granules de 1/4 de milligramme (la malade en prit 4 en quatre heures). L'état resta très critique toute la nuit et ce fut une lutte incessante et des plus pénibles contre cette tendance au sommeil si invincible et si caractéristique. Le matin, l'état s'améliora enfin; la pupille commença à se dilater, le pouls devint meilleur, la respiration s'accéléra, les urines réapparurent, la somnolence disparut; l'amélioration ne fit que s'accentuer dans la journée, et le lendemain la malade était guérie. La constipation persista seulement pendant plusieurs jours.

Le principal intérêt de ces deux observations réside évidemment dans les doses absorbées et *entièrement conservées*, de laudanum, particulièrement dans le premier cas où la quantité de *45 grammes* est réellement énorme. Le fait que dans le second cas, 13 grammes aient pu amener des accidents très graves, qui pouvaient devenir mortels, souligne assez l'importance de la première dose. Il suffit d'ailleurs de quelques chiffres, pour fixer immédiatement l'esprit au sujet de l'équivalence de ces deux doses, toutes deux mortelles (il s'agit du laudanum *ancien Codex*).

45 grammes de laudanum équivalent à	56 *centigr.* 25 de morphine. 2 *grammes* 81 d'extrait d'opium. 5 *grammes* 62 d'opium. 562 *grammes* (plus d'un 1/2 litre) d'élixir parégorique !!
13 grammes de laudanum équivalent à	16 *centigr.* 25 de morphine. 81 *centigr.* 25 d'extrait d'opium. 1 *gramme* 62 d'opium.

Or, les doses pouvant entraîner la mort pour adulte sont :

10 à 20 centigr. pour la morphine 1 à 2 grammes pour l'opium.	Brouardel-Vibert

Ces chiffres ne sont évidemment que des moyennes et varient avec la susceptibilité de chaque individu, en plus ou en moins d'ailleurs; Pouchet cependant a cru pouvoir fixer la dose mortelle de morphine à 1 milligramme par kilo, pour l'homme, ce qui donnerait 6 à 7 centigrammes pour un adulte de poids moyen. Cette énumération suffit amplement pour faire saisir la gravité de la dose de l'Observation II et l'énormité de celle de l'Observation I.

Il est bien entendu que ces équivalents toxicites s'appliquent à des cas où la dose *a été absorbée en une seule fois et où il n'existe aucune accoutumance de l'opium* : il en était ainsi chez nos deux malades. L'on sait, en effet, que l'accoutumance à l'opium est extrêmement rapide et que la tolérance atteint alors des degrés réellement fantastiques : 6 à 10 et même 14 *grammes* de chlorhydrate de morphine en injection, 5 à 30 *grammes* d'opium, 10 *grammes* de laudanum (Brouardel). Les fumeurs d'opium fument en moyenne de 10 à 20 grammes d'opium par jour, et vont jusqu'à 100; les mangeurs d'opium atteignent 10 et 20 grammes par jour, jusqu'à 40 et même 250 grammes, d'après Gracias; Brouardel a connu un confrère qui vécut jusqu'à 80 ans et qui, pendant bien des années, but journellement de 50 à 80 grammes de laudanum; Trousseau, enfin, rapporte le cas d'un malade qui, pour des douleurs ostéoscopes excessives, était arrivé à boire, à plein grand verre, de 200 à 250 grammes de laudanum de Rousseau, c'est-à-dire 400 et 500 grammes de laudanum de Sydenham; ce malheureux voulut un jour s'empoisonner, et, à cet effet, il prit 750 grammes de laudanum de Rousseau, soit une équivalence de 75 grammes d'extrait gommeux d'opium et de 1.500 grammes de laudanum de Sydenham... Il dormit trois heures!... (1) Il n'y a, après ce fait, évidemment plus rien à ajouter.

A ce chapitre de la toxicité se rattache très étroitement la question *de l'emploi, chez les enfants, des préparations opiacées*. Chacun sait que, depuis quelques années, il existe une tendance manifeste à augmenter d'une façon considérable les doses prudentes habituellement prescrites antérieurement; et l'on a pu aller jusqu'à 2 centigr. 1/4 de morphine en 33 heures chez un enfant de 3 ans 1/2 (Lemarignet). M. Chateau, dans une très intéressante communication à la Société Anatomo-Clinique (31 mars 1909), rapportait l'observation d'un cas du service de M. le professeur Augier où, dans une laryngite diphtérique avec spasme, 5 milligrammes de morphine avaient été injectés à un enfant de 4 ans avec le plus grand succès : cette méthode, systématiquement utilisée dans le service pour des cas pareils, a toujours donné les mêmes résultats favorables. Sans vouloir entrer dans l'étude de cette question, qui sort des cadres de ce modeste travail, il faut bien remarquer que cette tolérance particulière de l'opium chez les enfants, paraît surtout exister dans les *offections spasmodiques*. Il serait peut-être dangereux de vouloir la généraliser à tous les cas où les préparations opiacées sont indiquées, car ce serait s'exposer à de graves mécomptes, même dans les cas de doses fortes mais non répétées. Des enfants ont succombé à la suite de l'ingestion de 0,005 d'opium et de II gouttes de laudanum; un enfant de neuf mois mourut après avoir pris 4 milligrammes de chlorydrate de morphine (Vibert); un enfant de 4 ans 1/2 a succombé à l'absorption d'une dose de poudre de Dower correspondant à 0,024 d'opium ou 0,0024 de morphine. Faut-il rappeler la toxicité, parfois mortelle, de la décoction de têtes de pavots, le trop fameux *dormant*, qui a causé de si nombreux désastres chez les jeunes enfants,

(1) TROUSSEAU. *Clin. Méd. de l'Hôtel-Dieu*, t. III, p. 251.

comme MM. Deléarde et Bonn le rappelaient encore récemment ? La prudence parait donc devoir rester la règle dans l'administration aux enfants des préparations opiacées ; les récentes acquisitions de la clinique permettent de faire une exception évidente pour les *affections spasmodiques* où la tolérance semble réellement très augmentée, mais ce serait une erreur de vouloir aussitôt conclure d'un groupe restreint à la généralité.

Je n'insisterai pas sur la *symptomatologie* de l'intoxication par l'opium. Je rappellerai simplement qu'une phase d'excitation précède généralement la phase de sommeil dans les cas graves et que le *rétrécissement extrême de la pupille*, avec insensibilité à la lumière, joint au *ralentissement exagéré de la respiration* (jusqu'à 4 ou 5 inspirations par minute), sont des symptômes d'une particulière gravité, dont l'amélioration est le signal de la détente.

A noter encore *l'absorption remarquable de la muqueuse rectale* dans *l'Observation II*, où les phénomènes toxiques furent des plus inquiétants. L'on sait que des doutes fréquents sont périodiquement émis sur la faculté d'absorption de cette muqueuse : si l'on peut admettre sa variabilité, notre cas montre qu'il serait dangereux de conclure à la négative.

Le *traitement* offre enfin plusieurs points intéressants à préciser. L'indication de vider l'estomac est évidemment la première à remplir ; un vomitif sur le moyen le plus simple, à condition qu'il soit administré très tôt. Plus tard, le lavage de l'estomac est surtout indiqué ; on peut ajouter au liquide employé soit une solution iodo-iodurée, soit du tanin et de l'acétate ou du carbonate de soude, substances qui favoriseraient la précipitation de la morphine (Brouardel). Je ne pus l'employer dans *l'Observation I* en raison de l'agitation de la malade ; son action eût d'ailleurs été problématique puisqu'il n'aurait pu être pratiqué qu'au plus tôt six heures après l'absorption du toxique. Cependant certains auteurs conseillent de l'employer quand même, Hitzig ayant constaté que l'élimination de la morphine se faisait en partie par l'estomac et qu'elle pouvait être aussi de nouveau réabsorbée.

Quand la tendance si caractéristique et si invincible au sommeil apparaît, le traitement *ambulatoire* des Anglais est absolument indiqué, car à tout prix, il faut empêcher le malade de dormir. Malgré ses supplications et sa résistance, le patient est levé et, soutenu par les aides, on le force à marcher, on l'interpelle à très haute voix, on le secoue, on le flagelle; de temps à autre, un repos, *mais surtout pas dans la position couchée*. Les excitants divers (café, thé, caféine, strychnine) sont parallèlement très utilement administrés ; en cas de coma, les lavements excitants pourront être employés. Je crois inutile de dire combien ce mode de traitement est pénible, exténuant même, mais il est très efficace et il contribua certainement, dans une mesure très appréciable, à la guérison de mes deux malades, en reculant le coma toujours menaçant.

J'arrive à *l'atropine* : elle a donné, par son antagonisme, des résultats éclatants dans l'intoxication par l'opium et j'ai la conviction que, dans les cas relatés dans ce travail, elle a été le principal facteur de la guérison : l'amélioration définitive s'est, en effet, exactement dessinée après son administration. J'ai employé 1 milligr. 1/2 dans un cas, 1 milligramme dans l'autre, ayant l'intention, vu la gravité de la situation, d'aller rapidement jusqu'à 5 milligrammes, s'il le fallait, mais alors en injection sous-cutanée ; ces doses sont importantes, surtout administrées en quelques heures, et elles donneraient normalement lieu à une intoxication très accentuée. Mais elles sont cependant bien timides à côté de celles qui ont été utilisées dans des cas semblables, la tolérance de l'organisme étant alors, parait-il, très augmentée à leur endroit. Johnston conseille une injection de 0,015 à 0,030 d'atropine, à renouveler au bout de deux heures, si nécessaire ; d'après Weir Mitchell, Kean, Morehouse, il faudrait donner 0,002 d'atropine pour 0,015 de morphine, et d'après Dodeuil, 1 partie d'atropine pour 4 de morphine. En appliquant ce calcul à mes deux malades, j'aurais dû, au minimum, administrer dans le premier cas 0,074 d'atropine et 0,022 dans le second. Hnseman a rapporté les exemples de guérisons suivants : un homme qui avait pris 30 grammes de laudanum, reçut 0,044 de sulfate d'atropine; une femme pour la même dose reçut 0,045 en 15 injections sous-cutanées; un homme qui était intoxiqué par 0,040 d'acétate de morphine avala deux cuillères à café et demie de teinture de belladone. Ces doses sont réellement excessives, et c'est s'exposer en somme à courir au même résultat fatal, en substituant simplement une intoxication à une autre. Tout en employant des doses supérieures aux doses thérapeutiques ordinaires, il convient, suivant l'avis très autorisé de Brouardel et de Lépine, d'aller avec prudence, la susceptibilité envers l'atropine étant très variable suivant les individus. On peut donc employer en injection une dose de 1 milligramme, renouvelée au besoin au bout de deux ou trois heures; dans le cas de coma profond avec respiration très ralentie, une injection de 5 milligrammes, répétée si nécessaire, serait justifiée.

Moor, de New-York, a enfin préconisé le *permanganate de potasse* comme contre-poison; il aurait pu, sans aucun phénomène toxique, prendre 12 et même 18 centigrammes de sulfate de morphine, à condition d'avaler aussitôt après 18 et 24 centigrammes de permanganate. Ce corps, incorporé à un sel de morphine, le décomposerait et détruirait la morphine ; Lewin conteste ces résultats. La posologie serait la suivante : injecter toutes les demi-heures ou toutes les heures jusqu'à amélioration, 1 gramme d'une solution de permanganate à 5 0/0 (on est allé jusqu'à 50 grammes) ; ou bien administrer à l'intérieur une dose de permanganate légèrement supérieure à la dose de morphine dans 200 grammes d'eau ; si l'on ignore la quantité de poison ingérée, administrer 0,50 à 0,60 de permanganate dans un verre d'eau et pratiquer ensuite plusieurs lavages de l'estomac avec une faible solution (d'après Vibert). Morland, Korner, Torre ont eu ainsi de surprenants succès ; cette méthode semble indiquée dans le cas d'échec de celles que nous avons indiquées précédemment.

REVUE DE PATHOLOGIE

Hypocalcification des os et fractures, par M. le Dr G. d'Hôtel, de Poix-Terron (Ardennes).

Le travail très remarquable de l'auteur est basé sur une statistique de 49 cas de fractures diverses observées par lui, depuis 30 ans environ dans un petit village, 19 fractures de jambe, cuisse, bassin, 6 fractures du bras, 17 fractures de côtes, 7 fractures d'épaule.

Si l'on compte que la population actuelle est de moins de deux cents habitants, qu'elle était de trois cents environ il y a trente ans, ce qui fait une moyenne de deux cent cinquante : à laquelle à raison d'une mortalité d'un et demi ou deux par an on doit ajouter au plus cent cinquante, on arrive à un total de quatre cents personnes qui ont fourni ces quarante-neuf cas de fractures, soit entre dix et onze pour cent.

Cette proportion a paru à M. D'Hôtel tellement considérable dans un pays agricole et herbager, où nulle cause spéciale de traumatisme n'existe, qu'il s'est demandé à quoi pouvait tenir cette fréquence des fractures. Il a cherché les causes, étudiant successivement le *sol* et ses conditions hydrologiques, les *plantes* et légumes d'*alimentation*, les *animaux* et enfin l'*homme*, pour en déduire les conclusions suivantes :

Le petit village de S. est bâti sur un des plateaux argileux, imperméables et froids du nord des Ardennes.

Aussi profondément que l'on ait cherché à y forer des puits, on ne trouve que cette argile ferrugineuse et quelques rares pierres dures, brunes, d'oxyde de fer inaltérables et pas d'eau.

L'eau qui sert à la consommation des habitants, aux besoins de la culture, à la fabrication du cidre, boisson la plus employée dans le pays, est recueillie dans des citernes argileuses ou cimentées ; elle provient des toitures en ardoise. Comme toute eau de pluie, elle mousse au savon et cuit tous les légumes, elle ne dépose pas de calcaire à l'ébullition.

De calcaire d'ailleurs, il n'en est pas question dans une certaine partie du pays, et la première source est à six kilomètres, cela tient à des conditions géologiques toutes particulières.

S... est sur le terrain secondaire, le sous-sol calcaire oolitique qui appartient au Bathonien supérieur est très profondément placé, il est fissuré de diaclases verticales descendant à des cours d'eau souterrains qui conduisent les eaux à de grandes distances.

Ni les citernes, ni les puits ne reçoivent d'infiltration utile de calcaire et l'analyse d'ailleurs n'y a montré que des traces de carbonate de chaux. Tous les villages que l'on traverse ne renferment que les traces de calcaire.

Il est à noter que les habitants de cette vallée de la Meuse ne consomment que de la bière et que dans ce pays infertile, les légumes viennent du dehors.

Il s'agit donc d'un pays exceptionnellement hypocalcique ; on peut observer que toutes les vitalités s'en ressentent, celles des plantes, celles des animaux, celles des hommes. Les plantes de la partie sud de la couche profonde d'argile sont grêles, les pâturages sont à herbes coupantes sans légumineuses : sans engrais de chaux ou de scories, la luzerne y disparaît, les céréales n'y poussent pas ; l'avoine et le blé y sont plus légers qu'ailleurs, on les cultive de préférence assez loin du village, dans la partie nord où la vague d'argile a disparu.

C'est dans cette partie aussi qu'on fait pousser depuis peu de temps les légumes pour la consommation des habitants, ceux-ci ne réussissant pas dans les jardins du village.

On réserve au sud, sur cette argile, les pâturages, mais les bestiaux ne s'y développent

guère, ils ont eux-mêmes, chevaux ou bovidés, des fractures fréquentes.

Il faut dire qu'on élève ici le cheval pour l'exportation en Champagne. Jusque quinze ou dix-huit mois, c'est la bête efflanquée, plate et grêle des membres ; nourri ensuite sur le sol crayeux champenois où les eaux sont très calcaires, le cheval « fait de l'os », suivant l'expression locale, prend de la vigueur, développe étonnamment son squelette en deux ans, époque où il est vendu pour le camionnage.

Par contre, il est d'observation que les animaux importés de Champagne perdent en force et en énergie dans cette région.

Pourquoi n'en serait-il pas de même chez les humains ? Pourquoi la richesse calcaire de la boisson et de la nourriture, ne serait-elle pas un facteur nécessaire de la calcification et de la solidité des os et la panvreté une cause d'ostéoporose physiologique, d'hypocalcification et de fragilité spéciale ?

C'est la conclusion à laquelle M. D'Hôtel a abouti dans ce pays de population sédentaire, vivant localement des prodnits acalciques du sol, constatant en même temps que presque tous les gens fracturés sont nés et ont été élevés dans le village.

Certaines personnes, d'après Gurlt, ont une fragilité constitutionnelle des os, modification congénitale aussi inconnue dans son essence qui donne lieu, quand il s'agit des liquides, à l'hémophilie. Peut-on généraliser cette hypothèse à une population de familles distinctes, à des cas de fractures où on a cherché la coïncidence de l'hérédité sans la trouver ?

Ces fractures sont réparties au hasard sur les âges et sur les sexes à pen près également.

Ces fractures ont encore d'autres caractéristiques ; point n'est besoin d'un gros traumatisme, on tombe de sa hauteur et on se casse bras ou jambe ; une personne s'est fracturé les deux jambes en descendant du lit ; une autre, le bras en heurtant le fond de son alcôve, c'étaient, il est vrai, des gens arrivés à l'âge de l'ostéoporose sénile.

Ces fractures se répètent chez les mêmes individus, une dame s'est fracturé la jambe trois fois en onze ans ; chez une autre il y a récidive locale après un an, chez d'autres, ce sont des fractures de côtes successives, ou de côtes et de bras ensuite.

Enfin la consolidation n'est pas certaine, quatre fractures de jambe, une de bras sont dans ce cas. C'était, il est vrai, chez des gens âgés à part une fracture de jambe chez un homme de cinquante ans.

Malgré cette fragilité des os, les habitants du pays sont robustes, aussi actifs, aussi développés que partout ailleurs.

Les maladies ne donnent lieu à aucune remarque particulière ; la tuberculose n'y est pas plus fréquente.

La race humaine n'y a pas subi de dépréciation.

Il semble qu'on puisse conclure de là qu'une certaine quantité de calcaire, dans les eaux, dans le sous-sol, dans les légumes, est nécessaire à l'entretien des os, favorise leur résistance, que la privation de ce calcaire crée une sorte d'ostéoporose ou d'état hypocalcique qui les rend plus fragiles ?

Que cette calcification des os est cependant compatible avec leur santé et leur vitalité normale, qu'elle n'ouvre point chez eux la porte à la tubercnlose, pas plus qu'à d'autres états morbides : ostéomalacie on ostéoporose hypertrophique.

Qu'enfin la non-existence dn rachitisme dans ce milieu ferait penser que le point de départ de celui-ci est dans les troubles trophiques et de nutrition, ou d'assimilation, qui dépendraient de l'individu et non de son alimentation calcique.

De l'anaphylaxie dans l'évolution des maladies infectieuses, par M. le Dr Paul Courmont, professeur de pathologie générale et M. André Dufourt, interne des hôpitaux de Lyon.

Les deux auteurs ont démontré dès 1897 l'existence dans le sérum des typhiques d'une *propriété favorisante*, existant surtout au début de la maladie on dans certaines formes à rechute. C'est une propriété inverse de la propriété vaccinante établie par Chantemesse et Widal, laquelle n'apparait ordinairement qu'à un moment rapproché de la guérison on après celle-ci. Cette dernière propriété témoigne de l'immunité dn sujet ; la première, au contraire, témoigne de l'état anaphylactique ou allergique.

Il semble donc y avoir dans les maladies infectieuses cycliques aiguës telles que la fièvre typhoïde, une *phase d'anaphylaxie* précédant la phase de guérison et d'immunité. Le passage rapide de l'un à l'autre de ces états semble précisément la caractéristique des maladies infectieuses aiguës.

Dans les maladies infectieuses chroniques, telles que la tuberculose, il y a, au contraire, prolongation, pour ainsi dire indéfinie, de l'état d'anaphylaxie ou d'allergie (ce que prouvent les expériences d'anaphylaxie passive on les réactions à la tuberculine de l'homme on de l'animal tuberculeux).

Aussi, estiment les deux auteurs, y a-t-il lieu de penser que l'étude plus approfondie du déterminisme du passage de l'anaphylaxie à l'immunité dans les maladies conduira à des résultats importants pour la pathologie et la thérapeutique générales.

REVUE DE CHIRURGIE

Le traitement des péritonites aiguës, par M. le Dr Henry Delagenière, chirurgien de la Maison de santé et des hôpitaux du Mans.

Le seul traitement de la péritonite aiguë est le traitement chirurgical qui doit supprimer la cause de la péritonite et s'opposer à la diffusion de l'infection.

On doit distinguer une péritonite sus-mésocolique, une péritonite sous-mésocolique et une péritonite pelvienne, correspondant aux trois étages de la cavité péritonéale. Ces trois étages communiquent entre eux de sorte que l'infection d'un de ces étages a une tendance à se généraliser, les liquides infectés étant soumis à la loi de pesanteur.

L'opération devra donc consister en une, parfois deux, exceptionnellement trois incisions petites, médiane sus-ombilicale pour l'étage supérieur ; transversale latérale droite pour l'étage moyen ; sus-pubienne pour le bassin. Le drainage devra drainer le foyer et les parties déclives, ce qui nécessitera une incision de décharge pour la plupart des péritonites de l'étage supérieur. Or, cette incision de décharge devra être faite dans presque tous les cas dans la fosse iliaque droite car cette incision transversale pratiquée à un travers de doigt au-dessus de l'épine iliaque antérieure et supérieure ne sacrifie pour le drainage que la partie externe de l'aponévrose du grand oblique précisément dans l'endroit où ce muscle est doublé par le corps charnu du petit oblique. Les autres muscles sont seulement dissociés ce qui permettra d'éviter les éventrations. Cette incision ouvre en outre la fosse iliaque droite dans sa partie la plus déclive et juste dans l'endroit où les liquides péritonéaux de l'étage supérieur viennent s'accumuler de sorte qu'à cet endroit on peut drainer efficacement l'étage supérieur, l'espace sons-hépatique, la fosse lombaire, la fosse iliaque droite et le bassin. On peut aussi drainer l'espace sous-épiploïque et même la fosse iliaque gauche.

Lorsque le diagnostic causal de la péritonite peut être fait, on fait une première incision sur le foyer et si celui-ci répond à l'étage supérieur on devra faire une incision de décharge dans la fosse iliaque droite. Si le diagnostic n'est pas fait il faudra commencer par faire l'incision transversale de la fosse iliaque droite qui, en cas de lésion distante, deviendra l'incision de décharge.

Après l'opération, le malade doit être maintenu dans la position demi-assise et la latérale droite. Comme pansement la plaie et les drains sont reconverts de compresses imbibées de sérum artificiel et recouvertes elles-mêmes de coton hydrophile stérile pour réaliser un drainage capillaire par évaporation.

A propos do l'appendicite chronique, par M. le Dr Girard (de Genève).

La valeur du point douloureux de Mac Burney, on parfois de celui de Lanz, pour le diagnostic de l'appendicite chronique d'emblée reste indubitable. On peut éviter de suggestionner le malade en exerçant la pression successivement sur plusieurs points de la région voisine pour finir par celui de Mac Burney dont on verra à pression égale si c'est le plus douloureux. Quand on constate une hyperalgésie cutanée de la région iléocœcale, ce n'est pas une preuve certaine de l'origine purement nerveuse de la douleur ; en effet cette hyperalgésie est souvent provoquée par un état pathologique du péritoine voisin.

On a contesté toute importance au signe de Rovsing, douleur provoquée dans la région iléocœcale par le refoulement des gaz du gros intestin jusqu'an cœcum au moyen d'une compression méthodique dans le seus antipéristaltique. Il est évident que ce signe ne peut être obtenu quand le colon ne renferme que peu de gaz. Afin de produire plus sûrement cette dilatation du cœcum, j'ai fait avec succès l'essai d'insuffler tout le gros intestin au moyen de la banale soufflerie en caoutchonc.

Quant à la technique de l'appendicectomie quelle que soit la manière de pénétrer à travers la paroi abdominale proprement dite, j'ai abandonné les incisions cutanées verticales et même l'incision parallèle à l'arcade crurale pour ne faire dans la région iléocœcale qu'une incision suivant les plis de la peau, presque horizontale, à très légère concavité supérieure. Cette ouverture créée, on peut traverser les couches plus profondes comme on vondra. La cicatrice ne se dilate pas ultérieurement comme le fait surtout l'incision verticale. C'est le procédé de Pfennenstiel appliqué à l'appendicectomie.

Je regarde comme utile de supprimer totalement l'appendicite sans laisser de moignon et même en enlevant un peu de l'infundibulum cœcal adjacent, souvent chargé de follicules tuméfiés. C'est facile à faire en appliquant une petite pince écrasante d'après le procédé de Doyen.

Après ablation de l'appendice an thermocautère, je place un surjet de soie fine à deux ou trois points par-dessus les mors de la pince ; je retire ensuite celle-ci facilement. Il suffit alors de tirer sur le chef final et de nouer ce dernier avec le chef initial pour que le surjet se resserre de manière à ressembler à une simple ligature. Il faut enfin appliquer par-dessus une suture enfouissante en bourse. Le surjet vaut ici mieux que la ligature, car elle risquerait de glisser sur le moignon trop large.

Quand d'anciennes néoformations séreuses précœcales ont déjà subi la transformation en brides rubannées scléreuses qui sténosent le cœcum on le côlon voisin, il est nécessaire de les sectionner.

Enfin, il me paraît utile de traiter directement les néoformations séreuses par des appli-

cations modificatrices (iodoforme farineux, huile iodoformée).

Le traitement consécutif exige d'être soigneusement réglé. L'emploi de l'ichthyol par la bouche m'a donné des résultats encourageants.

Diagnostic par la radiographie et traitement de l'appendicite chronique sans cicatrice apparente, par M. le Dr Dupuy de Frenelle.

En dehors des signes de présomption donnés par l'état général — des signes de probabilité fournis par la palpation — la preuve de l'appendicite ne peut être fournie que par la radiographie. La radiographie en montrant que le point de repère placé par le chirurgien à l'endroit où il a perçu le foyer douloureux correspond au siège de l'appendice sera le criterium le plus sûr de l'exactitude du diagnostic et de la justification de l'opération proposée.

Pour obtenir une cicatrice invisible et solide, Dupuy trace son incision dans la région suspubienne, au niveau du bord externe du droit, dissocie les fibres du grand oblique, puis du petit oblique — récline le bord externe du droit, incise le mince feuillet transverse. Il agrandit la minime brèche faite par dissociation de la paroi, à l'aide de son dilatateur — spéculum à trois branches — éclairant par deux lampes électriques la cavité abdominale. Cet instrument lui permet de voir complètement, d'explorer la région, de se donner du jour et d'agrandir le champ opératoire selon les besoins du moment, sans agrandir l'incision, en faisant appel à l'élasticité des tissus. L'appendice enlevé, le dilatateur retiré, la suture des quatre plans de la paroi imbriqués en croix donne une cicatrice solide. La suture au fil de soie extrêmement fin — dermo-épidermique faite à l'aide de l'aiguille et du porte-aiguille que Dupuy a fait faire pour les sutures esthétiques extrafines donne une cicatrice à peine visible par elle-même et complètement masquée lorsque les poils de la région sont repoussés.

De l'anesthésie locale dans la chirurgie laryngotrachéale et en particulier dans la laryngectomie totale, par MM. les Drs Bérard et Sargnon (Lyon).

L'emploi de l'anesthésie locale dans la chirurgie du cou est actuellement de plus en plus répandue. Reclus, Ceci (de Pise), puis Kocher, Roux (de Lausanne), Reverdin, Jaboulay, nous-mêmes l'avons d'abord utilisée dans les opérations superficielles et dans la chirurgie thyroïdienne : elle a permis d'éviter là les multiples accidents dus à la suffocation, à la syncope cardiaque et pulmonaire, trop fréquents avec l'anesthésie générale dans les opérations pour goitres anciens plongeants ou sténosants.

De leur côté, les laryngologistes qui avaient eu recours à l'anesthésie locale dès son apparition pour les interventions intralaryngées, en ont étendu peu à peu les indications à la chirurgie externe du larynx, d'abord aux trachéotomies, chez les malades suffocants pour qui l'anesthésie générale était particulièrement meurtrière ; puis aux thyrotomies, aux laryngotomies, aux laryngofissures, aux laryngostomies. Après avoir constaté tous les avantages d'une telle pratique dans les opérations que nous venons d'énumérer, en particulier dans l'ablation des tumeurs bénignes du larynx, abordée par la thyrotomie, nous avons tenté, à l'exemple de Ceci, d'utiliser l'anesthésie locale dans l'extirpation du larynx entier en cas de cancer, en combinant l'infiltration large des plans superficiels par le mélange de Schleich, avec l'anesthésie tronculaire des deux nerfs laryngés supérieurs par injection du même mélange, suivant la technique indiquée d'abord par Frey, puis par Chevrier, Cauzard, etc.

Nous estimons que la laryngectomie totale en un temps est possible avec l'anesthésie locale, que l'on doit procéder de préférence à l'extirpation du larynx en une seule séance sans trachéotomie préalable, toutes les fois que l'état des voies respiratoires le permettra. Mais jusqu'ici, nous n'avons pu encore utiliser l'anesthésie locale que dans deux cas de cancer laryngé, tous deux avec menace de suffocation, l'un en outre avec congestion pulmonaire : pour cette raison, nous avons, dans ces deux cas, pratiqué, d'abord une fois la trachéotomie basse, une autre fois la trachéostomie latérale sous cocaïne : puis, au bout de dix jours dans un cas, de quinze jours dans l'autre, quand la respiration fut redevenue calme et la température normale, nous avons extirpé le larynx en bloc de haut en bas par la méthode de Gluck. Ces deux laryngectomies, avec anesthésie locale, furent particulièrement calmes et dépourvues d'incidents, malgré leur longue durée (près d'une heure et demie dans chaque cas). Les suites en furent des plus simples, bien que le malade atteint d'infection pulmonaire préalable eût présenté de la trachéobronchite purulente durant quelques jours. Dès la fin de la première semaine ces deux opérés se levaient ; au dixième jour ils étaient alimentés par la bouche, sans sonde, la continuité du larynx et de l'œsophage étant rétablie ; au bout d'un mois ils quittaient l'un et l'autre l'hôpital, capables de reprendre du travail. Nous ne croyons pas qu'on aurait obtenu, aussi sûrement, un résultat aussi heureux avec l'anesthésie générale, même dans l'opération en deux temps ; indépendamment de la difficulté plus grande des manœuvres auxquelles le malade ne peut pas se prêter sur les indications de l'opérateur, il y a toujours à redouter avec la narcose les syncopes, les accidents de suffocation par pénétration du sang dans la trachée et même, comme Le Bec en a publié récemment un cas, des brulûres de la trachée par pénétration du chloroforme dans les voies aériennes lorsqu'après ouverture de celles-ci on continue l'anesthésie trachéale directe. Enfin, et surtout, l'anesthésie locale est le meilleur préventif contre les complications bronchopulmonaires plus ou moins tardives, qui, jusqu'ici, avaient emporté un trop grand nombre de malades après l'extirpation du larynx.

L'huile camphrée en chirurgie, par M. le Dr Baudet, chirurgien des hôpitaux de Toulouse.

Cet auteur vient d'étudier l'emploi de l'huile camphrée pour lutter contre les grandes infections chirurgicales. Mais l'originalité de la méthode consiste dans l'élévation de la dose employée, car aux malades qui paraissent relever de cette thérapeutique, on injecte 20 cc. d'huile camphrée, et cela pendant plusieurs jours, cinq jours, huit jours, si cela est nécessaire.

Dans certains cas d'infection très grave par septicémie péritonéale avancée, on a même augmenté ces doses et on a injecté matin et soir 50 cc. d'huile camphrée, c'est-à-dire 100 grammes d'huile camphrée dans les vingt-quatre heures, liquide contenant 10 grammes de camphre pur.

Couramment, M. Baudet emploie la dose de 20 cc. d'huile camphrée pour une seule injection.

Pour pratiquer ces injections, la seringue de 20 cc. de Roux est de tous points parfaite, surtout ce modèle de seringue qui porte deux petites tiges transversales adaptées au corps de pompe, tiges qui permettent aux doigts de prendre un solide point d'appui sur elles. Une injection d'huile camphrée est, en effet, chose assez pénible à faire, car le peu de fluidité de ce liquide en rend l'écoulement difficile dans le conduit étroit qu'est l'aiguille de Pravaz. Il faut donc presser, et très fort, sur le piston, pour faire pénétrer l'huile sous les téguments.

La formule employée est la suivante :

Camphre	100 grammes
Huile d'olive lavée	900 —

Après dissolution du camphre, l'huile est filtrée. Ainsi obtenue, l'huile camphrée est mise sous la cloche à vide, en ampoules de 10 ou 20 cc. qui sont stérilisées à l'autoclave. Chaque ampoule contient donc un ou deux grammes de camphre.

C'est de l'huile ainsi préparée qui a été employée à dose massive. Cette médication a donné des résultats surprenants, de vraies résurrections, pourrait-on presque dire, chez des malades gravement infectés et dont l'état paraissait désespéré. Ces guérisons inattendues doivent être attribuées à l'action antitoxique du camphre.

La tolérance vis-à-vis de ces hautes doses est considérable et M. Baudet n'a jamais observé de symptômes d'intoxication.

Une autre application thérapeutique de l'huile camphrée, application aussi curieuse qu'utile vient d'être vulgarisée par M. Hirschel (d'Heidelberg).

Dans les cas désespérés de péritonite aiguë généralisée, Hirschel a recours à la pratique suivante. Après avoir aveuglé la perforation intestinale ou appendiculaire, s'il y a lieu, et débarrassé soigneusement la cavité abdominale et le petit bassin du pus ou de la sérosité louche qui les remplissent, l'auteur verse dans le péritoine 100 à 300 grammes d'huile camphrée qu'il répand du mieux qu'il peut entre les anses intestinales, essayant de faire pénétrer l'agent médicamenteux dans tous les recoins. Cette façon d'agir lui aurait valu cinq succès sur neuf cas de péritonite extrêmement grave : quatre fois il s'agissait de perforation appendiculaire, une fois d'un empalement du ventre à la suite d'une chute sur un mât.

Pour expliquer l'action de l'huile camphrée dans ces cas de péritonites, l'auteur abandonne les anciennes considérations sur la puissance de résorption du péritoine comme moyen de défense contre l'infection. Au contraire, plus les liquides septiques sont résorbés facilement, plus le danger est grand et la septicémie suraiguë. Son but, en lubrifiant toute la surface d'absorption péritonéale avec de l'huile, est de boucher les voies lymphatiques et d'arrêter ainsi la résorption. Hirschel appuie d'ailleurs ses assertions sur de nombreuses expériences faites sur les animaux.

L'action de l'huile camphrée ainsi administrée est, paraît-il, très intense et ses effets durables : le pouls se relève vite, le tympanisme abdominal disparaît, les selles se rétablissent.

Pour Hirschel, les conclusions sont nettes : il faut faire intervenir deux modes d'action dans les effets de l'huile camphrée : 1° l'action bactéricide du camphre ; 2° une action mécanique, l'oblitération des bouches lymphatiques, action comparable à celle du baume du Pérou dans les plaies infectées.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

L'érection pneumatique du pénis dans le traitement de la neurasthénie sexuelle.

L'impotencia coeundi est, dans la grande majorité des cas, chez les neurasthéniques, le résultat d'une auto-suggestion ayant son point de départ dans un coït mal réussi. Le patient, impressionné par son échec, se croit atteint d'une impuissance incurable et la terreur qu'il éprouve à chaque nouvelle tentative rend tous ses efforts inutiles. Il suffit souvent d'une femme intelligente pour guérir un malade de ce genre ; mais une telle opportunité n'est pas fréquente. Le malade se rend chez le médecin qui, d'ordinaire, ne parvient pas à lui rendre la confiance en sa fonction virile.

Chez plusieurs sujets de cette catégorie, pour lesquels l'impuissance était due à la seule autosuggestion, sans aucune altération des organes sexuels, M. C. Colombo, professeur de thérapeutique physique à la Faculté de médecine de Rome, a pu obtenir la guérison par la *contre-suggestion matérielle*, c'est-à-dire en leur montrant par les faits que leur membre, ordinairement flasque, est capable d'avoir des érections robustes, malgré l'inhibition involontaire provoquée par la peur. Voici comment il procède :

Un récipient de verre, ayant la forme du pénis, de dimension suffisante pour contenir le membre en érection, est appliqué de façon que son extrémité libre adhère hermétiquement à la région pubienne. On relie le récipient à une pompe à double jeu, mise en mouvement par un moteur électrique et l'on fait l'aspiration comme dans les appareils de Bier. Il faut pratiquer l'aspiration avec beaucoup de prudence, surtout les premières fois, pour éviter que la congestion très rapide des corps caverneux ne produise de la douleur. En 30 ou 40 secondes l'érection est complète, à la grande satisfaction du patient. L'érection est maintenue pendant deux ou trois minutes, en faisant agir la pompe dans les deux sens de l'aspiration et de la pression, ce qui constitue une espèce de massage pneumatique non douloureux.

L'opération est répétée de huit à dix fois tous les deux jours, jusqu'au moment où le patient a repris confiance en lui-même et a de nouveau des érections spontanées.

Le traitement de la tuberculose, par M. le Dr Wilhelm Karo (de Berlin).

L'auteur communique les bons résultats obtenus par le traitement spécifique de la tuberculose des reins. Parmi 18 cas de tuberculose urogénitale il n'y eut qu'un seul cas très avancé dans lequel le traitement spécifique n'a pas réussi ; ce cas fut guéri par l'opération. Karo combat la thèse des interventionnistes à outrances qui déclarent que tous les cas de tuberculose rénale demandent la néphrectomie. Cette opération est seulement indiquée dans les cas avancés. Ainsi que dans la tuberculose des autres organes, il faut séparer les cas initiaux des cas plus avancés. L'opération est seulement à recommander si l'on ne peut pas obtenir une amélioration avec le traitement spécifique. Celui-ci doit être appliqué d'une manière très minutieuse. Conformément à l'avis de Ehrlich, Karo emploie une combinaison de tuberculine beaucoup plus efficace que la tuberculine seule. De plus, il est nécessaire, en dehors du traitement antituberculeux, de recourir à un traitement interne spécifique pour les voies urinaires.

REVUE DE PSYCHIATRIE

De la valeur du témoignage des aliénés en justice, par M. R. Lalanne, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Maréville (Nancy).

Le témoignage, dans toutes les branches de notre droit, a une importance telle qu'il est aussi utile qu'intéressant de s'occuper de la « science du témoignage en général » et surtout d'étudier le « témoignage des aliénés » ou plus largement des « anormaux de l'esprit ».

I. — La loi française et le témoignage des aliénés

Dans notre *ancien droit* l'insensé était incapable de déposer en justice. Mais pouvait être témoin l'individu d'un esprit faible, tendant pour ainsi dire à l'imbécillité ; seulement son témoignage, déclarait-on, ne mérite pas grande confiance.

Dans notre *droit moderne*, nul texte de loi à ce sujet ; on s'accorde toutefois à reconnaître que sur ce point le droit ancien a été maintenu ; les deux règles ci-dessus étant trop évidentes il était inutile au législateur de les reproduire.

Quant à la *jurisprudence*, la Cour de cassation a décidé, en matière pénale, que l'état d'aliénation mentale d'un individu ne s'oppose pas « légalement » à ce que son témoignage soit produit aux débats.

En pratique on ne fait que le moins possible appel au témoignage des anormaux. Les magistrats, les avocats en redoutent l'impression pénible sur les auditeurs et le commentaire méchant qu'en fera l'adversaire. Ce moyen de preuve n'est guère employé que s'il est incontestablement nécessaire à la solution de l'affaire.

II. — Etude clinique

Nous envisagerons le témoignage dans son acception la plus large : non seulement dans le sens de déposition d'un témoin, mais encore dans celui d'attestation, de déclaration affirmative, de dénonciation. Le témoignage peut être direct ou indirect, verbal ou écrit, spontané ou provoqué.

Nous allons passer en revue les différentes formes mentales susceptibles de provoquer des faux témoignages, en commençant par les états morbides les plus caractérisés pour finir par ces états dégénératifs intermédiaires entre l'état normal et la maladie, suivant, pour ainsi dire, leur intérêt médico-légal.

a) *Les déments.* — Il semblerait que la déchéance intellectuelle du dément ne puisse pas laisser le moindre doute au sujet du peu de valeur que l'on peut accorder à son témoignage. Et cependant le dément parait parfois s'exprimer correctement et coordonner ses idées.

C'est surtout dans la période de début, d'involution sénile, que l'on trouve des allégations erronées. Des images vues en songe peuvent se mélanger avec des perceptions vraies, sans que le vieillard soit capable de faire la part de la réalité et celle de l'illusion. C'est le trouble psychique, si bien étudié par Régis, qui l'a appelé le « délire onirique des gens âgés ».

Dans la paralysie générale, soit au début, soit durant les rémissions, il est des cas où une déposition peut être acceptée, lorsque l'affaiblissement psychique ne se traduit pas par des modifications dans l'attitude, le langage ou les réactions extérieures. Mais il faut songer que l'indifférence, l'instabilité et les troubles de la mémoire peuvent altérer des souvenirs souvent imprécis et qu'on peut obtenir, à quelques heures d'intervalle, des réponses absurdes ou contradictoires que l'on arrive même à provoquer, orienter ou modifier.

L'apathie, l'anesthésie affective et morale, l'indifférence émotive que l'on constate chez les déments précoces indiquent le peu de crédit que l'on peut accorder à leurs témoignages.

Dans la démence sénile, on voit fréquemment se surajouter, soit des états mélancoliques avec idées d'auto-accusation, soit des idées de persécution avec accusations mensongères surtout contre l'entourage ou les personnes de la famille.

Les troubles organiques du cerveau avec les perturbations consécutives peuvent souvent donner lieu à des confusions regrettables.

Nous insisterons surtout sur les perturbations apportées par l'amnésie de fixation. La confabulation qui se développe dans de nombreux cas d'amnésie a pour origine le besoin inconscient qu'éprouve le malade de posséder un cadre d'événements coexistants dans lesquels il puisse situer les représentations évoquées par un interrogatoire. Chez l'individu normal, une lacune des souvenirs crée un état d'angoisse ; cet individu normal attend que sa lacune de mémoire se comble parce qu'il ne peut rien y faire. Le malade, lui, y fait quelque chose : il confabule.

Il convient au médecin légiste d'avoir toujours présente à l'esprit, surtout lorsqu'il s'agit d'un vieillard, la possibilité du syndrome de l'amnésie fabulante. En dépit de l'opinion reçue, la sagesse classique des vieillards, pas plus que l'innocence proverbiale des enfants, n'est un sûr garant de véracité : le radotage des uns et le babillage des autres sont également tributaires de la mythomanie et le témoignage, toujours si suspect à tous les âges, acquiert, aux deux périodes extrêmes de la vie, un maximum d'incertitude.

b) *Les maniaques.* — Dans les états maniaques, le désordre général des paroles et des actes, l'instabilité mentale et physique, la difficulté de capter l'attention en raison de la fuite des idées, s'opposent à ce qu'on puisse attacher une valeur suffisante à la logorrhée habituelle des malades, pour en rechercher l'importance médico-légale.

Il n'en est pas de même de la période d'expansion des circulaires qui, à la fois très vifs et très instables, ont un besoin incessant de suractivité intellectuelle. Leur humeur est taquine et foncièrement malveillante. Ils se plaisent aux mensonges et à la médisance la plus cruelle. Aux autorités supérieures, ils dénoncent et calomnient le médecin, au médecin les surveillants, aux surveillants les malades et ces derniers les uns aux autres.

c) *Les mélancoliques.* — Les états mélancoliques se traduisent par des manifestations extérieures et des réactions multiples toujours sous la dépendance étroite de la douleur morale, des troubles cénesthésiques et du sentiment d'impuissance ou de déchéance caractéristiques. Les idées fausses, les conceptions délirantes qui viennent se surajouter, ne font que traduire, en les déformant, ces perturbations essentielles. De toutes les idées délirantes (humilité, indignité, ruine, damnation, expiation, etc.) nous retiendrons seulement celles de culpabilité et d'auto-accusation qui, débutant par le tourment moral et l'idée d'incapacité, aboutissent comme terme ultime à l'*auto-dénonciation.*

Il ne faut pas oublier que des circonstances fortuites peuvent donner naissance à l'éclosion du délire, soit des faits personnels (deuil familial, pertes d'argent, traumatisme, accident, maladie), soit des événements indifférents (catastrophes, perturbations politiques et surtout les crimes sensationnels dont les auteurs sont restés inconnus). Fréquemment, le mélancolique pratique son examen de conscience rétrospectif de la façon la plus sévère : des faits insignifiants, des souvenirs pénibles rappelant des situations peut-être un peu équivoques, des peccadilles involontaires sous la dépendance de la négligence, de la distraction ou de l'indifférence, des mouvements de vivacité ou de colère, des scrupules religieux, des attitudes de méfiance souvent justifiées, se transforment, se multiplient s'organisent et s'échafaudent pour arriver à prendre des proportions démesurées et fantastiques. Ces idées s'imposent à la conviction du malade qui, non content d'en faire part à son entourage, le plus souvent sous forme de lamentations monotones, se croit dans l'obligation de s'en accuser publiquement et de se dénoncer à la justice.

d) *Les persécutés.* — Dans le délire systématisé progressif, parfois les persécutés qui ont des hallucinations de l'ouïe croient entendre dans une conversation tout autre chose que ce qui a été dit, ou bien, même sans hallucinations, ils interprètent faussement certaines paroles, suivant la tendance de leurs idées délirantes. Parfois encore, ils se plaignent aux

autorités ou dénoncent par écrit leurs persécuteurs ; mais toujours, dans leurs paroles et dans leurs écrits, ils traduisent leurs hallucinations ; aussi leur délire est-il évident pour tous.

Dans le délire systématisé d'interprétation ou « folie raisonnante », il convient de retenir le *délire de fabulation* avec la *variété persécutrice*. Le délire de fabulation représente le terme extrême du délire d'interprétation, celui dont la systématisation est la plus compliquée: ici, certitude absolue, explications claires, évidence indiscutable. Les fables que crée l'imagination de ces malades font partie intégrante de leur vie. Lorsque viennent se surajouter des idées de persécution, ils ont recours à la police, aux tribunaux, sollicitent des audiences dans les ministères, suscitent des campagnes de presse, envoient des pétitions au Parlement, entament des procès, etc.

Les *persécutés persécuteurs* sont des aliénés raisonnants sans hallucinations. Esclaves d'une idée de vengeance devenue pour eux une obsession, ils passent leur existence à poursuivre avec un acharnement incroyable ceux dont ils se croient les victimes. Ce sont avant tout des fous lucides, capables de faire bonne figure dans le monde, qui les considère comme des originaux plutôt que comme des malades. Doués d'une activité intellectuelle incroyable, d'une perspicacité d'esprit qui ne se dément dans aucune occasion, ils opposent, sans se déconcerter, des raisonnements subtils aux observations des médecins et des juges. En outre, ils sont menteurs et de mauvaise foi avec une aptitude particulière à travestir la vérité. Souvent, on constate chez eux, comme trouble fondamental de l'intelligence, une absence complète de fidélité dans la reproduction des idées qui entraîne comme conséquence la défiguration de tous les faits. Aussi, rien n'est-il plus malaisé que de discerner, dans leurs interminables récriminations, la part de vérité qui se mêle à l'erreur et au mensonge.

Parmi les persécutés persécuteurs, nous ferons une place à part aux « processifs », encore appelés quérulants, chicaniers, réclameurs, querelleurs, revendiquants. Le médecin expert éprouve souvent les plus grandes difficultés à démontrer l'état d'aberration mentale de ces individus, d'autant plus qu'en dehors de leur « idée de préjudice judiciaire », ces malheureux sont presque normaux. Dans leurs écrits, dont l'aspect seul est parfois caractéristique, ils se montrent des argumentateurs infatigables : toujours armés du Code, ils entassent les preuves, fournissent les dates, multiplient les détails. Comme le point de départ de leurs réclamations, bien que futile, est souvent justifié et comme leur état d'exaltation intellectuelle donne à leurs arguments une force persuasive plus intense, leurs plaintes paraissent tellement justifiées que certaines personnes, victimes de persécuteurs processifs, ont pu être condamnées par les tribunaux.

Signalons aussi une variété de la forme processive que l'on a séparée sous le nom de « délire de dépossession », où l'esprit de chicane apparaît au plus haut degré avec le cortège d'injures, d'accusations et de dénonciations.

Il n'est pas rare de trouver parmi les persécutés des faux témoins et des délateurs qui mentent cyniquement et avec un tel accent de vérité que leur serment ne paraît pas pouvoir être mis en doute. La vraisemblance qu'ils mettent dans leurs affirmations est quelquefois telle qu'ils trouvent des défenseurs dans la presse et dans le Parlement.

Il n'est pas d'aliénés plus dangereux, tant par leur incurabilité presque fatale que par la variété des incidents médico-légaux qu'ils soulèvent. En effet, ce sont surtout ces malades qui accusent et poursuivent leur médecin et qui donnent lieu à ces critiques acerbes qui se renouvellent périodiquement dans tous les pays contre la législation des aliénés, en faveur de prétendues victimes de séquestrations arbitraires.

Le persécuté annexe parfois à son testament des révélations auto-biographiques surprenantes, des codicilles empreints de la plus haineuse prévoyance, des mémoires avec pièces à l'appui et des plis cachetés à l'adresse de l'autorité judiciaire dans lesquels sont renfermées les plus infâmes délations. « ... Quelques minutes avant de se suicider, il écrit, dénonce encore et, pour donner plus de poids à ce qu'il va faire connaître, il invoque la solennité du moment. » (Legrand du Saule).

Francotte était assurément dans le vrai lorsqu'il déclarait, humoristiquement, à la fin d'une conférence faite aux étudiants en droit de l'Université de Liége, à propos des processifs : « Je termine en vous souhaitant de ne pas en rencontrer plus tard sur votre chemin. »

Quelle est la valeur du témoignage de ces persécutés ? Assurément, de tels malades peuvent, en dehors de leurs conceptions délirantes habituelles, fournir des explications précises et véridiques, mais il ne faut pas oublier que les anomalies du sens moral et du caractère, liées le plus souvent à d'autres troubles dégénératifs, peuvent, sous des apparences trompeuses, altérer profondément la valeur d'une déposition.

La *contagion du délire*, qui se manifeste dans diverses formes de l'aliénation mentale, présente une importance toute particulière chez les persécutés, où on la trouve assez fréquemment. Quoi d'étonnant à ce que semblable contagion se produise, quand on connaît la puissance de conviction et de persuasion de ces malades, leur ténacité et aussi la vraisemblance de leurs conceptions morbides ? Le délire à deux ou à plusieurs, qu'il soit communiqué à un sujet moralement plus faible ou qu'il soit simultané chez des prédisposés placés dans des conditions identiques, peut donner naissance à des accusations ou à des dénonciations qui semblent d'autant plus véridiques qu'elles se corroborent. C'est ce que faisait remarquer M. Briand au Congrès de médecine mentale de La Rochelle (1893), en ajoutant qu'il avait failli être victime d'une dénonciation de ce genre de la part d'une ancienne malade de son service qui, d'accord avec son mari, l'avait poursuivi pour séquestration arbitraire.

e) *Les dégénérés*.— Parmi les nombreux stigmates de la dégénérescence mentale qui constitue les « fous moraux » prédomine la « mythomanie » ou tendance pathologique plus ou moins volontaire et consciente au mensonge et à la création de fables imaginaires. La mythomanie peut être divisée en : 1° « vaniteuse » caractérisée par une hâblerie fantastique, véritable besoin instinctif de forger des histoires par fanfaronnade. Ces dégénérés ne distinguent pas le vrai du faux et même, en face de l'évidence, ils continuent à mentir. Quelques-uns deviennent auto-accusateurs ; ce sont des débiles suggestifs qui, souvent sous l'influence de la boisson, se dénoncent comme les auteurs d'un grand crime dont ils ont lu les détails dans les journaux. D'autres mentent pour tromper l'entourage, les autorités, l'opinion publique, pour faire des dupes.

2° La forme « maligne » se divise en « malicieuse » et « hétéro-accusation-calomnieuse ». Celle-là est constituée surtout par des lettres anonymes ; de celles-ci la plus fréquente est l' « hétéro-accusation génitale » dirigée contre un tiers innocent (viol, attentat à la pudeur, etc.), avec le plus souvent mise en scène appropriée.

3° La « mythomanie perverse » est celle dans laquelle la fabulation tend à satisfaire une intention soit cupide, soit lubrique, soit simplement passionnelle ou intéressée (escompteurs de fortunes fictives).

f) *Les hystériques*. — L'hystérique peut émettre des accusations fausses, imaginaires, tantôt sincères et d'origine onirique ou délirante, tantôt à la fois sincères et mensongères, suivant que l'hystérie intervient seule ou associée, soit à l'imbécillité morale, soit aux perversions vicieuses des instincts et aux tendances vaniteuses fréquentes dans la dégénérescence mentale. Les accusations fausses visent presque toujours autrui et cette fréquence des hétéro-accusations imaginaires des hystériques, dont l'histoire médico-légale est si fameuse, s'oppose à la rareté des auto-accusations de même origine.

Les auto-accusations hystériques furent cependant assez fréquentes au moyen âge à l'époque des procès en sorcellerie : mais la névrose n'était pas seule en cause et se trouvait le plus souvent associée à d'autres éléments psychopathiques (débilité mentale, mélancolie, démonopathies, etc.).

D'ailleurs, le plus souvent, les auto-dénonciations impliquent une complicité : c'est la culpabilité à deux, un roman criminel à double héros. Il s'agit d'une « auto-hétéro-accusation », qui porte souvent sur des faits d'ordre génital.

C'est surtout chez la femme hystérique que se rencontre le besoin d'attirer l'attention et de se mettre en scène, le plus souvent au moyen de supercheries variées, de simulations, de mystifications, d'insinuations accusatrices et parfois de dénonciations. L'hystérique devient alors une calomniatrice convaincue, qui arrive non seulement à illusionner les autres, mais encore à s'illusionner elle-même. — Bien souvent, d'ailleurs, on retrouve dans la genèse de ces romans vécus, l'influence d'un rêve, d'une hallucination, d'une idée fixe subconsciente ou d'une suggestion extrinsèque ou intrinsèque.

Le besoin pathologique d'imaginer de toutes pièces les événements les plus dramatiques, véritable « prurit d'inventivité » pousse l'hystérique aux fausses déclarations et aux accusations formelles, surtout caractérisées par la vraisemblance, le luxe et la précision dans les détails : souvent la vérité clinique dépasse de beaucoup les vraisemblances admissibles et même les créations des romanciers les plus inventifs. Avec les apparences d'une activité raisonnable, l'hystérique arrive à porter contre les personnes les plus innocentes des accusations parfois monstrueuses.

L'art avec lequel ces êtres dangereux préparent leurs machinations a trop souvent abusé la clairvoyance des magistrats. On a vu des personnes atteintes à l'improviste dans leur honneur et leur liberté, par suite des plus regrettables erreurs judiciaires.

La comparution des hystériques en justice comme témoins est une question fort délicate. Leurs allégations ne sauraient être admises sans un contrôle très sévère.

g) *Les épileptiques*. — Qu'ils soient accusés ou accusateurs, ils sont capables de forger les mensonges les plus audacieux et de les soutenir avec les apparences de la conviction la plus profonde. Même lorsqu'ils sont appelés à déposer dans une affaire qui leur est apparemment tout à fait étrangère, s'il est impossible de les récuser, on peut du moins faire valoir qu'il s'agit d'un témoin d'une qualité tout à fait particulière.

Chez les épileptiques, les lacunes de la mémoire sont comblées par des pseudo-réminiscences dont les conséquences peuvent être dangereuses ; ils prennent pour des réalités les rêves qu'ils font dans leurs états crépusculaires ; souvent aussi ils croient se souvenir d'une chose qu'on leur a racontée comme d'un fait qu'ils auraient vu.

Le caractère égoïste, hautain et agressif de l'épileptique favorise les tendances aux dénon-

ciations calomnieuses, mais n'est pas un terrain psychique propice au développement de l'auto-accusation.

h) *Les alcooliques.* — C'est surtout dans l'ivresse psychique ou délirante et dans l'alcoolisme subaigu que se manifestent les idées d'auto-accusation. Le délire hallucinatoire à forme onirique explique le caractère de conviction et de sincérité des affirmations détaillées et précises fournies par les alcooliques.

La loi française ne s'occupe pas de l'ivresse comme cause d'exclusion dans la preuve testimoniale.

Dans l'alcoolisme chronique on trouve la variété clinique du délire de persécution. Ces persécutés adressent des plaintes contre leur entourage, portent toutes sortes d'accusations, se posent en victimes d'agissements criminels, demandent protection, mais ne sont ni persécuteurs, ni processifs et le plus souvent ne cherchent pas à réagir contre leurs ennemis.

Mais l'alcoolisme forme avec la dégénérescence mentale un alliage pathologique qui produit ces formes si complexes, si polymorphes, qui conduisent ces déséquilibrés à fournir des explications fantaisistes et aussi des témoignages sans valeur qui peuvent cependant provoquer des enquêtes judiciaires et aboutir à des condamnations.

i) *Le délire d'imagination.* — C'est l'exagération de la mythomanie constitutionnelle. On peut le désigner sous le nom de *mythomanie délirante*. Son éclosion est subite, spontanée. On le rencontre, à l'état isolé, chez les débiles sous forme de bouffées délirantes et chez les interprétateurs sous forme d'idée de persécution.

Dans le délire d'imagination, le malade est tont particulièrement porté aux faux témoignages : il fait des dépositions mensongères très circonstanciées, où l'abondance des documents, à défaut de la qualité, pourrait passer pour un semblant de preuve. Parfois, le délirant imaginatif fabrique des pièces controuvées, des faux, pour avoir une preuve objective de ses affirmations délirantes ; parfois aussi, pour mieux en imposer aux autres et à soi-même, il recourt à l'affirmation d'un secret inviolable, invoque des documents décisifs, mais mystérieux : lettre qu'on ne peut divulguer, coffre-fort qu'on n'ouvre pas, etc. Par une réaction de défense naturelle, et pour se mettre en garde, à coup sûr, contre les réfutations objectives, le mythomane se réfugie dans un mensonge dont il a soin de rendre par avance le contrôle difficile, sinon impossible.

III. — Considérations médico-légales

L'altération habituelle du témoignage (*omnis homo mendax*), que l'expérimentation psychologique a nettement mise en relief, l'ignorance, l'erreur de bonne foi, les confusions d'origine objective (personnes portant le même nom), les troubles de la perception (illusions, troubles sensoriels des vieillards) nous amènent graduellement au domaine pathologique, à ces psychopathes qui paraissent pour tout le monde des normaux, mais qui relèvent plus ou moins du domaine médico-légal.

En réalité, témoignent devant toutes les juridictions de nombreux aliénés dont l'affection mentale n'est soupçonnée ni par le public, ni par les magistrats et on pourrait écrire l'histoire, déjà riche, des aliénés méconnus, acceptés comme témoins et crus sur parole par les tribunaux.

En présence du silence de la loi en ce qui concerne le témoignage des aliénés en justice, nous avons voulu montrer combien, le plus souvent, les assertions de ces malades étaient sujettes à caution et nous avons voulu indiquer que le magistrat doit surtout prêter la plus grande attention aux faits d'auto-accusation et de dénonciation.

La conclusion qui se dégage de cette étude, c'est que la valeur du témoignage d'un aliéné est essentiellement variable et qu'il est désirable que les magistrats fassent appel au concours d'un médecin-aliéniste chaque fois qu'ils peuvent supçonner, chez le témoin, un état mental morbide.

Mais l'expert n'a pas à apprécier le fait en lui-même : il devra se borner à déclarer si l'état des facultés intellectuelles du témoin est oui ou non de nature à rendre ses déclarations suspectes.

En terminant, je rappellerai que mon collègue et ami, le Dr Pàris, dans une communication au Congrès de Genève en 1907, avait indiqué qu'il serait désirable que le médecin-expert, lorsqu'il est appelé devant le tribunal, puisse assister aux débats et ne déposer ses conclusions définitives qu'après l'audition de tous les témoins, avant plaidoiries. Indépendamment de l'intérêt général que présenterait cette modification au point de vue médico-légal, il est bien évident que l'expert se rendrait ainsi un compte plus exact de la valeur des différents témoignages apportés et qu'il serait à même, parfois, de signaler leur caractère pathologique.

Rappelons enfin l'utilité d'une collaboration étroite entre les médecins-aliénistes et les magistrats et toute l'importance qu'il y aurait pour ces derniers à posséder quelques éléments essentiels de médecine mentale.

En effet, la nécessité pour les magistrats et les avocats de s'initier sérieusement aux questions de psychiatrie médico-légale qu'ils ont chaque jour la difficile mission d'examiner et de résoudre, apparaît de plus en plus à l'heure actuelle.

REVUE D'HYGIÈNE

Inconvénients et dangers du lait des vaches nourries de résidus industriels.

Les résidus industriels dont on se sert dans l'alimentation des vaches sont de plusieurs ordres :

1° Des résidus de sucreries ou de distilleries de betteraves, qu'on appelle *pulpes;*

2° Des résidus de distilleries de grains, de pommes de terre, de genièvre, etc., connus sous le nom de *drèches de distillerie;*

3° Des résidus de brasseries ou *drèches de brasserie;*

4° Enfin, des résidus d'huileries ou *tourteaux.*

La nocivité des résidus industriels réside vraisemblablement dans les toxines de toutes sortes, résultat de la fermentation et même de la putréfaction auxquelles ils sont soumis le plus souvent avant d'être donnés aux vaches laitières; ces poisons absorbés par les animaux s'éliminent par les mamelles; l'analyse chimique ne les révèle pas, mais l'expérimentation clinique en donne la preuve. Aussi, M. Avirangnet qui vient de passer en revue les observations les plus démonstratives recueillies sur ce sujet, tant en France qu'à l'étranger, est-il arrivé aux conclusions suivantes :

1° Les *pulpes* de betteraves provenant de sucrerie et de distillerie doivent être rejetées de l'alimentation des vaches. Fraîches, elles sont parfois nuisibles; conservées dans des silos, la putréfaction et la fermentation qu'elles ont subies les rendent dangereuses. Seules, les pulpes desséchées peuvent être conseillées;

2° Les *drèches de distilleries* sont nocives et doivent être rejetées;

3° Les *drèches de brasseries* constituent une bonne alimentation quand elles sont très fraîches. De date ancienne, avariées, elles sont dangereuses;

4° Les *tourteaux étrangers* sont le plus souvent mauvais; seuls, les tourteaux du pays doivent entrer dans l'alimentation des vaches laitières.

Ces conclusions s'appliquent au *lait commercial.* Pour le lait destiné *aux nourrissons* et aux malades, il convient de supprimer tous les résidus industriels, comme cela existe en certains pays (Allemagne, Amérique, etc.), où des ordonnances très sévères ont été édictées à cet égard.

CARNET DU PRATICIEN

Formules de pulvérisatiun pour la gorge (Tuberculuse)

Acide phénique	3 grammes
Sublimé corrosif	0 gr. 50
Alcool à 90°	30 grammes
Essence d'eucalyptus	XXX gouttes
Eau q. s. p.	1 litre

ou :

Benzoate de soude	20 grammes
Acide borique	10 —
Glycérine	100 —
Eau distillée q. s. p.	1 litre

ou :

Meuthol cristallisé	1 gramme
Teinture d'eucalyptus	10 grammes
Alcool à 90°	70 —
Eau distillée	150 —

à pulvériser dans la gorge à l'aide d'un pulvérisateur à vapeur.

Entérite aiguë infantile

Lavage intestinal avec un litre d'eau bouillie additionnée d'eau de Vichy. On prend un tube de calibre moyen qu'on introduit à une profondeur de 15 centimètres et un entonnoir à débit lent.

L'enfant est mis dans le décubitus latéral, alternativement à droite et à gauche.

Si la diarrhée est fétide : calomel 5 centigrammes, combiné, s'il y a lieu, avec le laudanum, à la dose d'une goutte par jour et par année d'âge.

Contre les vomissements, lavage stomacal.

Pas d'aliments. En cas de faiblesse : eau champanisée (une cuillerée à soupe de champagne pour un verre d'eau).

Pendant la convalescence : 1er jour, régime lacté absolu : lait bouilli par cuillerées à soupe d'heure en heure. Le 2e jour, doubler la dose de lait et arriver progressivement à la ration habituelle.

(Grancher.)

Digestiun (fièvre de) chez les enfants

Régime sévère. Abstention de viande faisandée, de vin, sauces excitantes ou épicées.

Prescrire : pain grillé, panades et soupes épaisses, légumes secs, œufs, lait, fruits cuits.

Paquets :

Bicarbonate de soude	0 gr. 30
Magnésie calcinée	0 gr. 25
Benzo-naphtol	0 gr. 20
Pepsine	0 gr. 10
Poudre de noix vomique	0 gr. 02 à 0 gr. 03

pour un paquet, 1 ou 2 par jour.

Calomel	0 gr. 01 à 0 gr. 03
Sucre de lait	0 gr. 50

pour 1 paquet, 4 ou 5 par jour si l'enfant a la langue saburrale.

Eau d'Evian, d'Alet. (Comby.)

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 17.500 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 35, rue J.-J. Rousseau

Le Gérant : Docteur Lucien Graux.

Michel Servet et la Circulation du Sang

L'inauguration du monument élevé à Valence à la mémoire de Michel Servet rappelle l'attention sur l'illustre découvreur de la petite circulation.

En la circonstance présente, il ne saurait donc manquer d'intérêt de rapporter ici le passage de son livre principal, la *Restitution du christianisme*, qui concerne cette découverte.

C'est dans le cinquième livre de la *Restitution du christianisme*, pages 165 et suivantes de la seule édition qui existe, que Michel Servet parle de la circulation du sang. Voici en quels termes il s'exprime (d'après la traduction anglaise de Willis) :

« On dit communément qu'il y a dans le corps de l'homme un triple esprit dérivé de la substance de trois éléments supérieurs : un esprit *naturel*, un esprit *vital* et un esprit *animal*. Le premier, caractérisé comme *naturel*, est passé des artères aux veines par l'intermédiaire des anastomoses; il est primitivement associé au sang, dont le siège est le foie et les veines. Le second est l'esprit *vital*, dont le siège est le cœur et les artères. Le troisième, l'esprit *animal*, comparable à un rayon lumineux, a son siège dans les nerfs et le cerveau... Que l'esprit naturel aille du cœur au foie, et non du foie au cœur, cela est démontré par la formation de l'homme dans l'utérus, car nous voyons une artère associée avec une veine passer de la mère au nombril du fœtus, et dans le corps de l'adulte, nous trouvons toujours une veine associée à une artère. Mais ce fut vraiment dans le cœur d'Adam que Dieu insuffla le souffle de vie on l'âme. Ainsi c'est du cœur que la vie est communiquée au foie...

« Pour bien comprendre la question, il faut considérer d'abord la génération substantielle de l'esprit vital, composé de l'air inspiré et de la partie la plus subtile du sang. L'esprit vital a donc sa source dans le ventricule gauche du cœur, les poumons aidant d'une manière essentielle à sa production. C'est un esprit fin et atténué, élaboré par le pouvoir de la chaleur, d'une couleur rutilante et d'une grande puissance, comme s'il était la vapeur lucide du sang, composé d'eau, d'air et de feu; car il est engendré, comme on l'a vu, par le mélange de l'air inspiré avec la partie la plus subtile du sang que le ventricule droit transmettre au ventricule gauche. Cette communication n'a cependant pas lieu à travers la cloison médiane du cœur, comme on le croit généralement, mais par un autre admirable arrangement, le sang est transmis à la veine pulmonaire par un détour à travers les poumons où il est élaboré, et devient d'une couleur rutilante. Mélangé pendant ce détour avec l'air, et libéré des vapeurs fuligineuses par l'acte de l'expiration, le mélange est alors complet à tous les points de vue, et le sang devient apte à être le siège de l'esprit vital; il est finalement attiré par la diastole et atteint le ventricule gauche du cœur.

« Que la communication et l'élaboration aient lieu dans les poumons de la manière décrite, nous en sommes sûrs à cause des conjonctions et communications de l'artère pulmonaire avec la veine pulmonaire. La grandeur de l'artère pulmonaire montre par elle-même, comment sont les choses, car le vaisseau n'aurait pas été d'une pareille dimension, et une pareille quantité de sang le plus pur n'aurait pas été envoyée à travers lui aux poumons pour la nutrition de ceux-ci seulement; le cœur n'aurait pas non plus alimenté les poumons d'une telle manière, puisque nous les voyons, chez le fœtus, nourris d'une autre manière, car les valves du cœur ne fonctionnent qu'après la naissance, comme l'enseigne Gallien. Le sang doit être par conséquent déversé dans une pareille mesure du cœur aux poumons pour une autre raison que pour nourrir ces organes. D'ailleurs, ce n'est pas simplement de l'air, mais de l'air mélangé avec le sang qui revient des poumons au cœur par la veine pulmonaire.

« C'est par conséquent dans les poumons que ce mélange a lieu, et c'est dans les poumons et non dans le cœur que le sang devient rutilant. Il n'y a pas en effet assez de place dans le ventricule gauche du cœur pour produire une élaboration si grande et si importante; il n'est pas non plus capable de produire la couleur rutilante. Pour conclure, la cloison médiane du cœur, puisqu'elle est dépourvue de vaisseaux et de propriétés spéciales, n'est pas apte à permettre cette élaboration et cette communication, quoiqu'il soit possible que quelque transsudation ait lieu à travers elle. C'est suivant un mécanisme analogue à celui par lequel a lieu la transfusion de la veine *porte* à la veine *cave* à travers le foie, relativement au sang, qu'a lieu la transfusion de l'artère pulmonaire à la veine pulmonaire à travers les poumons, relativement à l'esprit. »

VILLES DE SAISON

CE QUI SE PASSE

Demandes d'autorisation d'eaux minérales.

L'Académie de médecine vient de renvoyer à l'examen de la Commission des eaux minérales, les demandes suivantes d'autorisation qui viennent de lui être adressées :

1° Demande pour une source dite « la Roumaise », à Vieux-Port (Eure);

2° Demande pour une source dite « Digeste », à Saint-Yorre (Allier);

3° Demande pour deux sources, dites « Borines » et « Santa-Victoria », à Borines (Espagne);

4° Demande pour une source dite « Racine », à Hauterive (Allier).

ÉCHOS

L'inspection des enfants assistés.

Au dernier conseil de Cabinet, il a été décidé de modifier les frais de tournée des inspecteurs des enfants assistés.

Actuellement le mode de détermination des frais de tournées de ces fonctionnaires est purement forfaitaire et se règle non sur la dépense faite, mais sur le grade des intéressés. Le président du Conseil a estimé nécessaire de substituer à cette pratique un procédé plus rationnel et assurant un meilleur emploi des fonds affectés au service.

Une Commission composée d'inspecteurs généraux des services administratifs, d'inspecteurs des finances et de représentants des ministères et du personnel intéressés sera réunie à cet effet.

Le nouveau Lord-Maire est un médecin.

Les notables de la cité et les électeurs municipaux de Londres viennent d'élire pour remplir les fonctions de Lord-Maire de Londres sir Thomas Crosby.

Le nouvel élu est le premier médecin qui ait jamais été élevé à la dignité de Lord-Maire.

Un procès curieux.

La Cour de cassation autrichienne, confirmant un jugement de la Cour de Klagenfurt, a exprimé dans une série de considérants l'opinion que celui qui déconseille une opération chirurgicale, alors que le médecin traitant a déclaré celle-ci absolument nécessaire, commet un délit tendant à compromettre l'existence d'un tiers.

Il s'agissait, dans le cas particulier, d'un malade soigné à domicile pour une blessure du pied. La gangrène étant survenue, le médecin traitant déclara que le seul moyen pour le malade d'échapper à la mort, était de subir l'amputation du pied. Le patient consentit, mais revint ensuite sur sa décision, un ami lui ayant conseillé l'abstention. Les prévisions du médecin s'accomplirent et le malade mourut : le procureur général accusa alors l'ami qui avait donné le funeste conseil de s'abstenir d'avoir compromis l'existence d'un tiers.

L'inculpé, condamné en première instance, intenta une action en cassation.

La Cour, considérant que l'appelant avait exercé une pression sur la volonté du blessé à un moment où ce dernier pouvait être sauvé, confirma l'arrêt des premiers juges.

La Cour a reconnu comme circonstance particulièrement aggravante le fait que l'appelant savait très bien que le médecin traitant avait déclaré l'amputation comme le seul moyen de sauver le malade.

Comité de l'office international d'hygiène publique.

Le comité de l'office international d'hygiène publique, qui compte actuellement vingt-trois pays adhérents, vient de tenir à Paris sa session réglementaire annuelle.

Dans cette session, le comité a examiné notamment les enseignements qui peuvent être tirés, en ce qui concerne la lutte contre le choléra, des organisations mises en œuvre dans les divers pays d'Europe où sévit actuellement cette maladie, pour empêcher l'exportation des germes cholérigènes, pour combattre la maladie et en arrêter la diffusion. Il a pris connaissance, en outre, du rapport de la commission qu'il a nommée pour étudier les données de technique bactériologique pouvant dans l'état actuel de la science, servir de base à la recherche et à la spécification du vibrion cholérique dans le diagnostic du choléra.

Il a étudié également une proposition dont il a été saisi et tendant à déterminer, si cela est possible, les conditions spéciales auxquelles devraient satisfaire les navires pouvant bénéficier des accords particuliers visés à l'article 29 de la convention sanitaire internationale de Paris.

Inspecteur et sous-inspecteur de l'Assistance publique.

Le concours pour les emplois d'inspecteur et le concours pour les emplois de sous-inspecteur de l'Assistance publique auront lieu le 8 décembre 1911.

Les épreuves écrites et les épreuves orales seront passées à Paris au ministère de l'Intérieur, ainsi que l'examen médical prévu par l'article 1er de l'arrêté ministériel du 2 octobre 1911.

Sont seules admises à concourir les personnes ci-après qui rempliront au 1er janvier 1912, ou dans les douze mois suivants, les conditions d'âge, de services, d'emploi ou d'ancienneté de grade exigées par les articles 3 et 7 du décret des 28 juillet 1906-21 août 1909 et par l'article 2 de l'arrêté du 12 novembre 1909, pour être nommé soit inspecteur, soit sous-inspecteur de l'Assistance publique.

A. — Pour l'emploi d'inspecteur :

1° Les sous-préfets, secrétaires généraux de préfecture, conseillers de préfecture comptant au moins six ans de fonctions ;

2° Les personnes ayant exercé pendant six ans au moins les fonctions de maire dans une ville de plus de 10.000 habitants;

3° Les employés du ministère de l'Intérieur compris dans le cadre des rédacteurs et comptant au minimum six années de services en cette qualité et les chefs de division de préfecture ayant plus de six années de services.

Les candidats doivent être âgés de trente ans au moins et de quarante ans au plus, et justifier d'un nombre d'années de services publics admis à compter pour la retraite de l'Etat qui, ajoutées aux années restant à accomplir, puissent parfaire à l'âge de cinquante-cinq ans les vingt-cinq années ouvrant droit à pension, conformément aux dispositions de l'article 86 de la loi de finances du 8 avril 1910.

B. — Pour l'emploi de sous-inspecteur :

1° Les commis d'inspection ayant au moins trois ans d'exercice, les agents de placement et de surveillance du service des enfants assistés, les directeurs d'écoles professionnelles départementales d'enfants assistés comprenant au moins cent élèves, les employés du ministère de l'Intérieur, les chefs et les sous-chefs de bureau de préfecture, les secrétaires de sous-préfecture, les personnes ayant exercé pendant six ans au moins les fonctions de maire dans une ville de plus de 5.000 habitants, les conseillers généraux et les conseillers d'arrondissement exerçant leur mandat depuis trois ans au moins, les candidats réunissant les conditions prévues par les dispositions relatives au concours des inspecteurs ;

2° Les docteurs en médecine et en pharmacie, les titulaires du diplôme de pharmacien de 1re classe, les licenciés en droit, ès sciences ou ès lettres et les personnes visées par l'article 2 de l'arrêté du 12 novembre 1909, qui sont : les candidats pourvus du diplôme de l'école des chartes, de l'école des hautes études commerciales, de l'institut national agronomique, de l'école forestière, ou produisant le certificat attestant qu'ils ont satisfait aux examens de sortie de l'école polytechnique, de l'école nationale des ponts et chaussées, de l'école centrale des arts et manufactures, de l'école spéciale militaire, de l'école navale, soit un brevet d'officier des armées de terre et de mer;

3° Les personnes ayant exercé pendant six ans au moins les fonctions de membre de commission administrative d'hospice dans une ville d'au moins 50.000 habitants.

Les candidats doivent être Français, avoir satisfait à la loi sur le recrutement en ce qui concerne le service actif et être âgés de vingt-cinq ans au moins et de trente-cinq ans au plus. Cette limite d'âge est reculée d'un temps égal à la durée des services antérieurs, civils ou militaires ouvrant des droits à la retraite de l'Etat, sans pouvoir toutefois dépasser quarante ans au 1er janvier de l'année du concours. Ils doivent en outre justifier d'un nombre d'années de services publics admis à compter pour la retraite de l'Etat, qui ajoutées aux années restant à accomplir, puissent parfaire, à l'âge de cinquante-cinq ans, les vingt-cinq années ouvrant droit à pension, conformément aux prescriptions de la loi de finances du 8 avril 1910.

Les candidats aux emplois d'inspecteur et de sous-inspecteur doivent adresser au ministre de l'Intérieur :

1° Une expédition authentique de leur acte de naissance;

2° Un extrait de leur casier judiciaire;

3° Des états de services, diplômes, certificats qui auraient pu leur être délivrés ou des copies de ces documents dûment certifiées;

4° Un certificat médical dûment légalisé établissant que le candidat est de constitution robuste et apte à remplir un service actif.

Ces pièces doivent être parvenues au bureau des services de l'enfance un mois au moins avant l'ouverture des épreuves des concours.

La liste des candidats est arrêtée par le ministre de l'Intérieur.

Nos articles.

Nous rappelons que la reproduction de nos articles est absolument autorisée.







82e Année (Série XIIIe) — N° 117 | Le Numéro : 25 Centimes | Mercredi 25 Octobre 1911

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
9, Rue Denis-Poisson, PARIS
TÉLÉPHONE : 573-40

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale........ 15 fr.
Edition Espagnole .... 10 fr.
Edition Portugaise.... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

ÉCHOS

Distinctions honorifiques.

Services rendus a l'Assistance publique. — *Médaille de bronze.* — MM. les Drs Paul Murat à Fez; et Fourmeaux à Saint-Amand.

Médecins de la Santé.

Le poste de médecin de la prison de la Santé se trouve vacant par suite du décès du Dr Griffon, médecin des Hôpitaux. Le Garde des Sceaux a décidé que la nomination du prochain titulaire se ferait par voie de concours. Les candidats pourront, à partir du 15 octobre, se faire inscrire au bureau du personnel, à la direction de l'administration pénitentiaire et y prendre connaissance des conditions du concours.

Hospice national des Quinze-Vingts.

Les médecins de la clinique nationale des Quinze-Vingts commenceront le mardi 7 novembre des leçons cliniques d'ophtalmologie qui se poursuivront pendant la période scolaire.

Les leçons seront faites tous les mardis à 1 h. 1/2 successivement par les Drs Chevallereau, Valude, Kalt et Chaillous.

Tableau à trouver.

Notre confrère, le Dr Jude Hue (de Rouen), nous adresse la lettre suivante :

« Je lis ce matin dans les « Echos » de la *Gazette Médicale de Paris* un petit article sur *Ingres et l'anatomie* qui m'intéresse vivement et je serais très désireux de savoir où se trouve le *Saint-Symphorien* dont il est question dans cet article.

« Veuillez agréer, etc. »

La réforme des études médicales à la Commission du budget.

La Commission du budget qui vient de se réunir a entendu le rapport de M. Viviani sur le budget de l'Instruction publique. Elle a examiné les chapitres de l'enseignement supérieur et secondaire. A l'occasion du chapitre des universités (matériel), M. Thomson a appelé l'attention de la Commission sur l'urgence de la réforme des études médicales. Il a insisté sur l'état précaire de notre outillage comparé à l'outillage étranger. Nos cliniques, nos laboratoires, dit-il, meurent d'anémie. Or, les décrets réformant les études médicales ont paru le 11 janvier 1909, mais ils ne sont pas appliqués.

M. Viviani a appuyé ces observations et a insisté sur la nécessité d'aboutir à une solution rapide.

La méningite cérébro-spinale chez les chevaux.

Sur les confins de Saône-et-Loire, qui touchent la Côte-d'Or, une maladie grave sévit en ce moment sur les chevaux. De l'étude bactériologique qui a été faite, il résulte qu'on se trouve en présence du microbe de la méningite cérébro-spinale.

Cette terrible maladie, jusqu'ici inconnue, ou méconnue en France, a été signalée en Angleterre, en Amérique et en Allemagne, où, dans le seul royaume de Saxe, elle a fait périr, en 1906, près de 2.000 chevaux.

En Côte-d'Or, un certain nombre de cas mortels auraient déjà été signalés.

A nos confrères.

M. Auricoste, horloger de la marine de l'Etat et de l'Observatoire, 10, rue de la Boétie, Paris, fournit le chronographe *Just* qui n'est pas plus cher qu'une montre et rend cent fois plus de services. Il envoie gratuitement la brochure illustrée réservée au corps médical et accepte par suite de son traité avec la *Gazette Médicale de Paris* le paiement par mensualités et au comptant avec 10 0/0 d'escompte.

ÉCHOS

Lutte contre l'alcoolisme en Algérie.

La question de la lutte contre l'alcoolisme a été envisagée au Conseil supérieur de l'Algérie. Après discussion, on a adopté les vœux suivants formulés par le rapporteur, M. Saliège :

1° Création d'un enseignement antialcoolique dans les écoles;

2° Interdiction de la vente des alcools dans les établissements publics : hôpitaux, gares, casernes, etc.;

3° Exclusion ou renvoi des administrations des alcooliques avérés;

4° Avancements de faveur aux non-alcooliques et aux pères de familles nombreuses;

5° Organisation d'une surveillance plus sévère des débits;

6° Limitation rigoureuse du nombre des débits et défense absolue aux préfets d'en laisser créer de nouveaux.

En outre, le Conseil a adopté le principe de l'interdiction de la vente des absinthes et produits similaires.

Le moyen d'éviter les puces.

D'après les observations faites par M. Zupitza durant deux épidémies de peste dans l'Afrique occidentale allemande, l'iodoforme constitue un moyen remarquable de prophylaxie contre la puce : il suffit d'une parcelle de ce composé, à dose même inappréciable pour l'odorat humain; le parasite y est très sensible.

Cependant, quand on circule et que, par conséquent, on risque moins d'être incommodé par l'odeur de l'iodoforme, il est bon pour se préserver des puces de saupoudrer légèrement les ouvertures du vêtement : col, ouverture inférieure des manches de la veste, du pantalon; ouverture des chaussures — ainsi que le linge du corps. — On peut encore employer des sachets renfermant un mélange d'iodoforme et de désodorisant quelconque. Enfin, si réellement on ne peut supporter l'odeur iodoformée, il est bon de se parfumer avec un composé phéniqué.

Le mouvement de la population française.

Le *Journal Officiel* a publié, il y a quelques semaines, un rapport de M. Levasseur sur le mouvement de la population en 1910. En attendant les résultats du recensement, il est déjà très intéressant de connaître les chiffres de naissances et de décès de l'an dernier, d'autant plus qu'ils sont un peu plus consolants que ceux de l'année précédente. L'excédent des naissances sur les décès a été, en 1910, de 70.581 unités. C'est un progrès, un progrès modeste, mais appréciable, et qui serait d'un bon augure s'il était dû à un accroissement du nombre des naissances. Mais ce n'est pas le cas : c'est le chiffre des décès qui a diminué. Il n'a été que de 703.777 : c'est le chiffre le plus bas qu'on ait jamais enregistré. La mortalité est tombé à 179 décès pour 10.000 habitants, proportion sans précédent. Il n'y a qu'un département, celui de l'Orne, où la mortalité ait augmenté. Pour les enfants de moins d'un an, on compte 20.000 décès de moins d'une année sur l'autre. Le gain sur la mort ne peut être indéfini; cependant il semble qu'il y en ait encore à espérer, notamment dans les arrondissements de Rouen, Caen, Le Havre, Toulouse, Nancy, Pontoise, où la mortalité, quoiqu'en baisse, est encore exagérée.

Pour les naissances, c'est la stagnation. L'année 1909 détient le record peu enviable du minimum de naissances (769.969). On en a inscrit 774.358 en 1910. Ce résultat, qui aurait paru désastreux il y a seulement dix ans, est considéré comme relativement satisfaisant aujourd'hui, puisqu'il marque au moins un arrêt momentané dans la décadence. Cet arrêt n'est du reste pas général : il y a 37 départements, Saône-et-Loire en tête, qui ont encore moins de naissances en 1910 qu'ils n'en avaient en 1909. Le seul département qui marque une natalité croissante est celui de Meurthe-et-Moselle, par suite du développement du bassin minier de Briey. Néanmoins, il n'a pas encore rattrapé les vieux départements à forte natalité comme le Pas-de-Calais, le Finistère et le Morbihan, mais il s'en rapproche à vue d'œil.

Tous ces chiffres perdraient beaucoup de leur portée si on négligeait de les rapprocher des chiffres correspondants dans les autres pays. Nous n'avons, il est vrai, pour l'étranger, que les résultats de 1909, mais la comparaison n'en reste pas moins significative dans son ensemble. En regard de notre excédent quasi inespéré de 70.581 naissances en 1910, l'Allemagne, pour 1909, en a un de 884.055, l'Autriche-Hongrie de 544.602, l'Angleterre de 396.469 et l'Italie de 376.763. Ces divers pays accusent pourtant une tendance vers la diminution de la natalité, mais en vertu de leur avance, grâce aussi à la décroissance parallèle de la mortalité, ils maintiennent leur excédent moyen de naissances sur les décès. C'est donc un raisonnement bien naïf et bien décevant que de se rassurer sur les conséquences de l'abaissement de la natalité en France par la considération que les autres pays voient également et verront de plus en plus la leur diminuer. Les autres ont de la marge et nous n'en avons pas.

Remèdes chinois pour prévenir la peste.

Au début du printemps, que l'on fasse bouillir du suc de betteraves dans lequel on aura ajouté, sans qu'il soit besoin de la mesurer exactement, une certaine quantité de haricots grimpants, et que tous, petits et grands, boivent de cette décoction, aussi longtemps qu'elle est encore chaude : ils éviteront ainsi la peste.

Tel est du moins l'avis qu'un préfet chinois fit afficher à la porte d'un pestiféré.

Voici encore un autre moyen prophylactique : Prendre un fragment d'os de cheval, l'envelopper dans un morceau d'étoffe rouge et le coudre dans un sachet que les hommes devront porter du côté gauche alors que les femmes le mettront sur leur flanc droit.

Simples et pratiques, on ne garantit pas que les remèdes soient efficaces.

Docteurs « honoris causâ ».

L'Université de Christiania, à l'occasion des cérémonies de son centenaire, a nommé, à titre honoraire, docteur en droit, M. Girard, de Paris; docteurs en médecine : MM. Bar et Roux, de Paris; docteurs en philosophie : MM. Monod, Lénart et Lacroix, de Paris.

L'automobile et les chirurgiens.

Les travaux du Dr Fieux, de Bordeaux, viennent d'établir que les résidus d'huile et les poussières qui chargent toujours plus ou moins les moteurs d'automobile « ne sont pas sales »... au sens chirurgical du mot, s'entend.

M. Fieux ayant recueilli sous le capot de sa voiture, des crasses diverses qu'il a regardées au microscope, les a trouvées constituées par une sorte de bouillie oléagineuse tenant en suspension des particules charbonneuses en petits amas hérissés, des parcelles réfringentes incolores, ainsi que des poussières variées et des débris végétaux; mais il n'a pas trouvé en elles la moindre trace de microbes. L'ensemencement sur milieu nutritif a confirmé les résultats de l'examen direct et cela n'a rien, après tout, qui doive surprendre outre mesure, si on songe que les poussières ne pénètrent dans le carter qu'au moment où la voiture est en marche, c'est-à-dire quand les cylindres, portés à une température élevée, sont capables de stériliser tout ce qui vient à leur contact.

PROSTATECTOMIES POUR HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE

Par le Docteur Victor PAUCHET

Chirurgien des Hôpitaux d'Amiens — Professeur à l'École de Médecine

Correspondant de la Société de Chirurgie de Paris — Membre de l'Association internationale d'Urologie

L'hypertrophie de la prostate est le plus souvent une tumeur bénigne, un adéno-fibrome, comme les tumeurs bénignes du sein. Le microscope montre que 15 0/0 environ de ces adénomes sont en voie de dégénérescence cancéreuse. Cette tendance à la transformation maligne doit nous faire formuler ce principe que *toute hypertrophie prostatique constatée doit être opérée* s'il n'y a pas de contre-indication d'ordre général. Tout malade qui consulte pour une hypertrophie prostatique présente des troubles urinaires. Le hut du médecin est d'apprécier les risques opératoires et de mettre en halance l'importance des troubles avec l'évolution prohable de l'affection.



Fig. 1. — Prostatectomie sus-pubienne. Décortication.

L'opération est surtout hénigne sur les sujets de 60 à 70 ans, aux urines claires et atteints de rétention chronique sans distension. Chez eux, la guérison est presque absolue s'il n'y a pas de myocardite chronique et si les urines sont d'abondance normale. L'opération est plus grave chez les malades dont les urines sont rares (500 grammes par 24 heures), faibles eu urée ou troubles; chez ceux dont le pouls est intermittent ou rapide. Je dois dire toutefois que ces malades deviennent souvent opérables s'ils sont soumis à un régime pré-opératoire convenable.

Notre mortalité opératoire a été de 9 0/0; elle diminuera encore avec des soins pré et post-opératoires mieux compris et un choix raisonné des cas opérables.

Sur 207 opérés nous avons perdu 19 malades qui ont succombé quelques heures, quelques jours on quelques semaines après l'opération. La cause de la mort a été la *myocardite*, la *congestion pulmonaire*, l'*infection aiguë*, l'infection chronique et l'*urémie* par insuffisance rénale.

Les décès par *myocardite* deviennent rares, car nous faisons administrer très peu de chloroforme. Le sujet est amené éveillé sur la table d'opération; il est badigeonné d'iode, la vessie est remplie et c'est seulement avant de prendre le histouri qu'on lui fait inhaler quelques gouttes d'anesthésique. Au moment de la décortication le malade est endormi profondément; l'intervention dnre, en général, 5 à 10 minntes et ne requiert que quelques grammes de chloroforme (1). La mort par *congestion pulmonaire* est également plns rare depuis que nous faisons passer le dentiste avant le chirurgien, afin d'éviter les infections d'origine huccale. Les complications respiratoires sont également plus rares depuis que nous veillons à l'absence de refroidissement du malade, soit par des enveloppements de ouate qui comprennent les 4 membres et la poitrine, soit par surchauffage de la chambre le jour de l'opération, soit en reculant jusqu'à la belle saison l'opération de certains sujets chez lesquels la thérapeutique ne présente aucun caractère d'urgence.

Les décès par *infection* sont rares depuis que l'intervention est faite, le plus souvent possible, chez les sujets non fébriles et aux urines claires. Nous n'hésitons pas à hospitaliser les malades pendant 8 on 15 jours avant l'intervention, tant que les urines soient devenues limpides. L'infection est également moins fréquente avec une meilleure technique. Elle a, en effet, pour cause fréquente soit le décollement de la vessie, soit les débris de tumeur adénomateuse que l'opérateur laisse flotter dans la cavité prostatique.

Les morts par *insuffisance rénale* peuvent être prévenues si on prend soin d'examiner les sujets à ce point de vue spécial. Tout malade qui urine moins d'un litre par 24 heures risque de mourir d'urémie. Très souvent les prostatiques nous arrivent soit avec de la polyurie (2 à 3 litres), soit avec de l'oligurie (4 à 500 grammes par 24 heures). Dans ces conditions, nous les mettons au repos an lit et an régime végétarien; nous leur donnons des hoissons abondantes; la sécrétion urinaire se régularise et ces sujets supportent admirablement l'opération.

Examen du prostatique par le médecin. — Le prostatique consulte son médecin avant de voir le chirurgien ou le spécialiste; le confrère doit autant que possible poser un diagnostic précis et donner au malade le meilleur conseil thérapentique. Or, si toute hypertrophie prostatique est susceptible de prostatectomie, il faut savoir que cette opération comporte dans certaines conditions nne excessive gravité et que, d'autre part, certains sujets peuvent encore bénéficier du vieux traitement par la sonde. C'est donc au médecin d'apprécier les risques que son malade doit courir par l'intervention d'une part et par l'expectation d'autre part. D'une façon générale, on pent dire que la moitié des prostatiques ne peuvent être opérés.



Fig. 2. — Prostatectomie sus-pubienne. Accouchement de l'adénome par la plaie hypogastrique.

(1) La rachi-anesthésie est certainement le procédé analgesique de choix pour les prostatectomies. La cocaïne et la stovaïne ont donné des accidents et j'ai abandonné l'anesthésie lombaire depuis quelques années, mais j'ai l'intention de la reprendre avec la novocaïne-adrénaline, qui paraît très peu toxique.

Voici sur quels organes portera l'examen médical :

a) Système circulatoire. — Le médecin recherchera si le sujet présente un léger

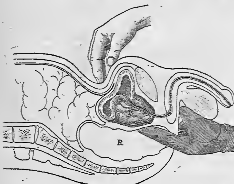


Fig. 3. — Exploration de la prostate par le toucher combiné au palper.

œdème des malléoles; il examinera les caractères du pouls et recherchera si ce dernier présente des intermittences, s'il est trop lent ou rapide; il interrogera le sujet pour savoir s'il ne présente pas de dyspnée d'effort; l'auscultation pourra fournir quelques renseignements complémentaires.

b) Le *teint* du malade impressionne favorablement ou défavorablement le médecin. Celui-ci appréciera s'il est normalement coloré, ou au contraire s'il est jaune ou pâle.

c) L'embonpoint constitue par lui-même un facteur de bénignité ou de gravité opératoire; les sujets secs, maigres, nerveux sont résistants. Les sujets gras, au contraire, succombent plus facilement par suite de la myocardite, d'infection ou de congestion pulmonaire.

d) La *température* sera prise dans le rectum pendant plusieurs jours de suite; si elle est au-dessus de la normale cela indique l'infection du rein ou de l'urèthre.

e) L'examen des urines requiert une attention particulière; il faut noter leur abondance et leur *couleur*. Les urines pâles sont peu riches en matières extractives. Les urines

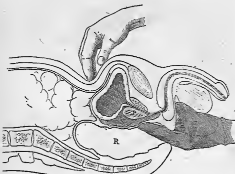


Fig. 4. — Péri-prostatite fibreuse donnant au doigt l'impression d'une masse dure, lisse et étalée.

rares indiquent un état fonctionnel insuffisant des reins (4 à 500 grammes par jour). La *quantité* d'urine doit varier de 1.300 à 2.000 grammes. Il va sans dire que le clinicien recherchera la présence de l'*albumine* et du *sucre* et surtout notera avec soin si les urines sont *limpides* ou *purulentes*.

f) Le palper vésical ne devra jamais être omis. Si l'abdomen est souple dans sa partie inférieure c'est que le sujet vide à peu près complètement sa vessie; si, au contraire, le clinicien reconnait un globe élastique au-dessus de la symphyse pubienne, il conclura à la rétention vésicale chronique et peut-être à la distension vésicale; il se gardera alors de faire un cathétérisme explorateur qui pourrait provoquer des accidents toxi-infectieux.

g) Le *toucher rectal* terminera l'exploration médicale. Ce toucher rectal fera constater une prostate dont l'état physique correspondra à l'un des types suivants :

1° *Prostate d'aspect normal.* — Il ne faut point conclure pourtant que le sujet n'est point un prostatique. En effet, la prostate du côté rectal peut être normale et présenter un gros lobe médian reconnaissable seulement par la cystoscopie. Il est possible que le sujet soit un rétréci et non un prostatique; nous savons, en effet,

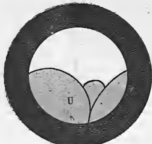


Fig. 5. — Examen cystoscopique d'une hypertrophie prostatique; les 2 lobes latéraux et le lobe médian, d'après le Dr Pil et (de Rouen).

qu'il y a des vieux rétrécis et des jeunes prostatiques.

2° *Prostate grosse, élastique et ferme.* — Il s'agit là du classique adénome, forme habituelle, qui retire un grand bénéfice du traitement chirurgical.

3° *Prostate aux contours mal limités,* dure, unie, plate, immobile. Il s'agit d'une prostatite chronique avec ou sans péri-prostatite. L'intervention peut être indiquée dans certains cas particuliers ; les résultats sont moins bons qu'avec l'adénome.

4° *Prostate dure, inégale, bosselée.* — Il s'agit d'un cancer prostatique, dont l'extirpation dans l'état actuel de la chirurgie donne des résultats déplorables.

Ici s'arrête l'examen du médecin; sauf rétention aiguë, il évite de sonder son malade.

Examen du prostatique par le chirurgien. — Le chirurgien tiendra d'abord compte des renseignements fournis par son confrère; puis il pratiquera les deux explorations suivantes : sondage et cystoscopie.

a) Sondage. — Le patient urinera d'abord dans un verre et tâchera de vider complètement sa vessie; puis, séance tenante, le chirurgien essaiera de le sonder avec une sonde Nélaton; si celle-ci ne passe pas, une sonde béquille passera. Il sera noté s'il existe on non du résidu, autrement dit s'il reste dans la vessie 50, 100, 200, 300 grammes d'urine. Si la masse résiduelle dépasse 100 ou 150 grammes, il fandra injecter une cer-

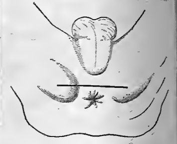


Fig. 6. — Prostatectomie périnéale; section de la peau, incision bi-ischiatique.

taine quantité d'eau boriquée, de façon à ne pas mettre le réservoir à sec en une fois et à ne provoquer ni infection, ni hémorragie.

b) La cystoscopie s'impose dans la plupart des cas; elle renseigne sur l'existence d'un lobe médian ou des calculs. Certaines prostates, petites, au toucher rectal, présentent un lobe médian cause de tous les accidents. Cette saillie est bien visible par la cystoscopie. Le calcul peut échapper aux doigts de l'opérateur au cours de l'intervention; il est bon de le reconnaître auparavant. Cet oubli du calcul est assez rare avec l'opération sus-pubienne, mais il est très fréquent avec la prostatectomie périnéale.

Personnellement, nous avons dû lithotritier 3 malades prostatectomisés par la voie périnéale 6 mois ou un an après l'opération. Il est certain que le calcul avait échappé à notre examen au cours de l'intervention.

Indications thérapeutiques suivant chaque cas particulier. — Le prostatique se présente au médecin ou au chirurgien à l'état de rétention aiguë, chronique avec ou sans distension, avec ou sans infection.

Examinons donc chaque cas particulier :

1° *Rétention aiguë.* — Il nous est arrivé personnellement de faire la « *prostatectomie d'urgence* », comme un cathétérisme, chez les sujets atteints de rétention aiguë. Sur 3 malades ainsi opérés, un est mort d'infec-

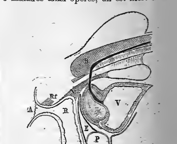


Fig. 7. — Prostatectomie périnéale. Section des plans périnéaux. Le raphé Rf est coupé. Le bulbe B est relevé en avant. L'anus A abaissé en arrière. La section va maintenant porter sur le muscle recto-urétral. Le doigt pourra alors pénétrer dans l'espace décollable de Proust E et séparer le rectum R d'après la prostate. Le malade est placé dans la position inversée.

tion. Cette conduite n'est point à conseiller. Si le sujet est atteint de rétention aiguë il faut le ramener à l'état normal par les sondages répétés et l'opérer « *à froid* » quelques semaines plus tard. Si des fausses-

routes ou l'infection s'opposent au cathétérisme, il faut pratiquer la cystotomie et exécuter la prostatectomie le lendemain ou le surlendemain. L'état général du sujet est-il défectueux? Celui-ci présente-t-il quelques accidents infectienx? Il faudra surseoir à l'opération et faire bénéficier le malade de son drainage sus-pubien pendant plusieurs semaines.

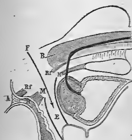


Fig. 8. — Prostatectomie périnéale. Position inversée. B, bulbe réc n en haut et en avant. A, anus récliné en bas et en arrière après section du raphé médian Rf. M, muscle recto-urétral incisé. F, flèche indiquant la direction des index de l'opérateur dans l'espace décollable E, entre la vessie et le rectum R.

Au contraire, les nrines sont-elles claires au moment des accidents? Il y a intérêt à enlever la prostate dès le lendemain ou le surlendemain, pas plus tard. En effet, les bords de la plaie subissent toujours un léger degré d'infection et le chirurgien peut inoculer la loge prostatique en opérant dans ces conditions. D'un autre côté, il serait regrettable chez un sujet aux urines claires de surseoir 3 ou 4 semaines pour la prostatectomie secondaire. La convalescence dans ces conditions est en effet fort longue. La cystotomie d'urgence chez les prostatiques rétentionnistes se fera toujours sous anesthésie locale à la novocaïne; de cette façon le chirurgien évite de pratiquer deux narcoses en 48 heures, narcoses répétées toujours préjudiciables aux reins du sujet.

2° *Rétention chronique, sans distension, et avec urines claires.* — Ce cas est celui qui se présente le plus souvent; c'est d'ailleurs le plus favorable. Un malade consulte pour de la pollakiurie nocturne et se plaint de légers troubles dans l'émission d'urine. Le chirurgien le sonde et constate un résidu clair de 80 ou 150 grammes. Si les conditions d'ordre général sont satisfaisantes, le malade peut être opéré 48 heures après. Les succès sont à peu près constants.

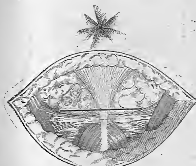


Fig. 9. — Prostatectomie périnéale. Incision du raphé ano-bulbaire. En avant, bulbe et bulbo-caverneux. En arrière, sphincter anal.

3° *Rétention chronique, sans distension, avec urines troubles.* — Avant d'opérer, il faut soumettre le malade aux lavages vésicaux; deux lavages par jour à l'eau oxygénée tiède. Dès que les urines sont claires l'intervention peut être faite.

4° *Rétention chronique avec distension et urines claires.* — Nous opérons d'emblée ces malades sans les avoir sondés une seule fois; nous considérons que le cathétérisme est aussi grave que l'opération elle-même. Nous faisons donc bénéficier le malade d'un gain de temps considérable en l'opérant de suite. Tous les sujets chez lesquels nous sommes intervenus dans ces conditions ont guéri.

5° *Rétention chronique avec distension et urines troubles.* — Il ne faut point opérer d'emblée ces malades: il est nécessaire de ramener la vessie « à sec » et à l'état propre, lentement et progressivement. Les soins sont difficiles à donner; un certain nombre de sujets appartenant à cette catégorie ne deviennent jamais opérables et meurent de pyélonéphrite avant la prostatectomie.

6° *Hypertrophie prostatique et calcul vésical.* — La cystoscopie a fait constater un calcul. Il s'agit d'un prostatique. Si les urines sont claires, il faut pratiquer la taille hypogastrique et enlever à la fois la prostate et le calcul. Si les urines sont troubles, il faut laver la vessie pendant qnelques jonrs: si les urines deviennent rapidement claires, le chirurgien peut enlever à la fois le calcul et la prostate comme précédemment. Mais si les urines troubles persistent, ou si le sujet n'est point assez résistant pour supporter la prostatectomie, il faut d'abord pratiquer une lithotritie qui ne lui fait courir aucun risque.

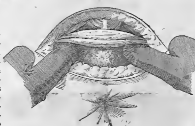


Fig. 10. — Prostatectomie périnéale. Comment on sépare le rectum de la prostate dans l'espace décollable recto-prostatique.

7° *Fièvre.* — Opérer exceptionnellement les sujets fébriles. La fièvre traduit généralement une poussée de pyélonéphrite. Le repos au lit, l'uraseptine, le régime végétarien amènent généralement la cessation des accidents. Quand la fièvre est consécutive à un sondage, elle est due le plus souvent à une plaie septique de la prostate et ne constitue pas une contre-indication; la prostatectomie supprime l'organe infecté.

8° *Urines rares.* — Les urines rares traduisent l'insuffisance rénale. Au-dessous de 500 grammes par 24 heures, le pronostic doit être réservé: chez ces malades le séjour au lit les purgatifs salins et le régime lacto-végétarien ramènent souvent la diurèse et permettent d'opérer avec succès.

Résultats immédiats. — Nos opérations nous *ont donné 9 0/0 de mortalité*; un malade est mort 6 heures après l'opération à la suite d'une rachi-anesthésie. Un autre a vécu 45 jours, avant de succomber à une infection chronique des reins. Les autres sont morts soit au bout de 24 à 48 heures, soit surtout du 10e au 15e jour. J'ai en effet constaté que chez un grand nombre de prostatiques opérés et qui guérissent, l'état général se modifie suivant la phase de la convalescence. *Pendant la 1re semaine*, l'opéré présente un aspect normal et paraît n'avoir subi qu'une intervention insignifiante. *Pendant la seconde semaine*, la température atteint souvent 38° ou 38°,2; le pouls est plus rapide, quelquefois intermittent. Le sujet présente un léger sub-delirium pendant la nuit. Sa langue devient malpropre; ses urines sont plus rares et troubles; *puis la troisième semaine* arrive; ces symptômes disparaissent, l'appétit revient. Le malade entre franchement en convalescence vers le 20e jour, époque où la fistule est généralement fermée.

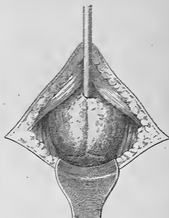


Fig. 11. — Prostatectomie périnéale. Abaissement de la prostate à l'aide du désenclaveur.

Si je voulais schématiser par des chiffres la proportion des cas de mortalité et de morbidité post-opératoire, ainsi que les insuccès définitifs, je pourrai dire que sur 100 malades opérés il y a 9 morts immédiates ou précoces par le fait seul de l'intervention; 30 malades présentent une certaine morbidité opératoire avec des complications peu graves qui ne retardent généralement pas beaucoup la guérison et 60 sujets qui guérissent en 3 semaines environ et sans incident.

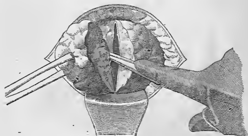


Fig. 12. — Prostatectomie périnéale; excision du lobe gauche

Les complications sont les suivantes : *a*) *Orchite.* — Elle apparaît généralement du

15e au 30e jour, dure environ une semaine; s'annonce par une légère élévation thermique et disparait sans laisser de trace. Chez un

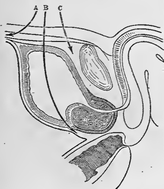


Fig. 13. — Prostatectomie transvésicale. — Les voies dangereuses à éviter. — A, décollement sous-péritonéal. B, voie extra-capsulaire. C, voie rétro-pubienne. A et C doivent être évités au début de l'opération pendant la découverte de la vessie. B, même en arrière de la capsule commune. Ces irruptions hors de la zone permise exposent aux accidents, hémorragie, infection, cellulite pelvienne par infiltration d'urine.

malade elle se termina par suppuration et nous avons dû faire une castration droite. Pendant une certaine période de ma pratique chirurgicale j'ai systématiquement lié les canaux déférents chez les futurs prostatectomisés pour éviter cette complication. Mais cet accident est si peu grave que je n'ai pas continué à prendre cette précaution.

b) Fistule. — La fistule peut être périnéale ou sus-pubienne suivant la voie choisie. La première est très fréquente après les interventions par la voie basse; la seconde est relativement rare.

Quand un malade n'est point complètement cicatrisé au bout d'un mois, il y a intérêt à anesthésier localement l'orifice de la fistule et à fermer la vessie. J'ai constaté surtout cette complication à l'époque où je fixais la paroi vésicale à la paroi abdominale par quelques crins de Florence. Actuellement, suivant l'exemple de Freyer, je laisse la vessie absolument libre dans le bassin et je mets une sonde à demeure pendant 48 heures. Cette petite intervention suffit le plus souvent à assurer la cicatrisation.

c) Urines troubles. — Quelques malades conservent les urines troubles pendant plusieurs semaines; il est indispensable de faire un lavage tous les jours à l'eau oxygénée ou au nitrate d'argent.

d) Incontinence. — Certains sujets perdent un peu leurs urines. Cette complication peut durer plusieurs semaines ou plusieurs mois; elle finit toujours par disparaître. Un de mes opérés qui la conserva plus longtemps présentait auparavant des troubles du système nerveux.

e) Rétrécissement. — Ces rétrécissements étaient fréquents avec la prostatectomie périnéale; plusieurs fois j'ai dû dilater secondairement les malades et même pratiquer l'électrolyse circulaire. Ils sont rares après la prostatectomie sus-pubienne. Il est facile de les éviter en passant tous les matins une sonde béquille et en irriguant la vessie jusqu'à ce que le liquide

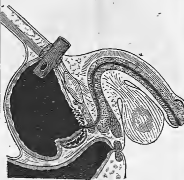


Fig. 15. — Prostatectomie sus-pubienne. Le bon drainage. Tube de Freyer enfoncé à 2 centimètres seulement dans la cavité vésicale. La loge prostatique est rétractée. Pas d'hémorragie, pas d'infection dans la cavité cruentée.

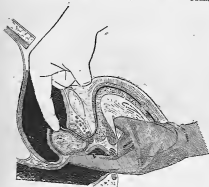


Fig. 14. — Prostatectomie sus-pubienne; décortication de l'adénome prostatique.

sorte par la plaie sus-pubienne. J'ai dû réopérer deux malades chez lesquels la vessie s'était totalement fermée de son côté, tandis que l'urèthre s'était fermé du sien. L'opération a été très simple; elle a consisté après cystostomie secondaire, à passer un béniqué et à crever avec ce dernier la muqueuse vésicale sous le contrôle du doigt intravésical. Une sonde à demeure a été placée pendant 8 jours; l'urine a repris sa voie naturelle.

f) Rétention incomplète. — Il peut arriver pendant quelques semaines après l'intervention que le sujet vide incomplètement sa vessie. Cela se produit surtout chez les opérés qui étaient atteints de rétention chronique avec distension. Il est alors indispensable de cathétériser pendant plusieurs semaines une ou deux fois par jour; opération facile puisque la prostate n'existe plus.

la réunion secondaire s'oppose généralement à la formation d'une fistule. Quand 3 ou 4 semaines après l'intervention la plaie sus-pubienne n'est pas complètement fermée, je donne un coup de curette dans le trajet et trois fois par jour pour éliminer une partie de l'urine qui ne passe pas par les voies naturelles.

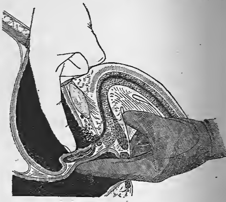


Fig. 16. — Prostatectomie transvésicale. — Comment on fait l'hémostase après l'extirpation sous-capsulaire. L'index rectal comprime contre l'index vésical les parois de la loge qui va se rétracter sous l'influence d'un massage doux et circulaire. On voit la muqueuse vésicale flottante qui viendra se souder à la muqueuse urétrale.

g) Fistule recto-urétérale. — A la suite d'une prostatectomie périnéale, j'ai vu une fistule recto-urétérale persistante. Le malade est obligé d'aller à la garde-robe deux ou trois fois par jour pour éliminer une partie de l'urine qui ne passe pas par les voies naturelles. Cela le gêne si peu qu'il a refusé une nouvelle opération susceptible de le guérir.

h) Abcès secondaires. — Chez les malades infectés et chez lesquels le chirurgien a laissé quelques débris glandulaires aux parois de la cavité prostatique, il peut survenir des abcès secondaires qui se montrent soit à la paroi abdominale, soit au niveau du périnée, soit dans la fosse ischio-rectale, soit dans la loge prostatique elle-même. Ces différents abcès sont traités par l'incision et n'entraînent pas de complication grave.

i) Calculs. — Les calculs s'observent après la prostatectomie chez les sujets où les pierres ont passé inaperçues au moment de l'opération. Un prostatique opéré par la voie périnéale n'obtint aucun résultat du côté de sa rétention et dut subir par la suite une cystostomie sus-pubienne; ses urines restent troubles et tous les 2 ou 3 ans il fait des calculs phosphatiques qu'il faut extraire par sa fistule sus-pubienne. Il serait d'ailleurs facile de le guérir définitivement, car le doigt introduit dans la vessie arrive sur un énorme lobe médian qui a échappé à la prostatectomie périnéale, mais pourrait être enlevé par la voie sus-pubienne.

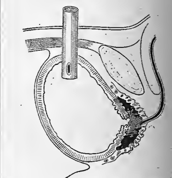


Fig. 17. — Prostatectomie sus-pubienne. — Le drain est au plafond de la vessie et enfoncé de 2 centimètres. La loge prostatique est en partie rétractée par le massage et renferme un petit caillot (gris et noir).
La muqueuse vésicale encore flottante, trop lâche, s'adaptera à la portion de l'urètre prostatique; la capsule commune, rétractée, assure l'hémostase des veines V.

COMMENT MEURENT LES PROSTATECTO-

MISÉS GUÉRIS? — Quand un prostatique a subi la cure radiale et vient à succomber un an ou plusieurs années après l'opéra-

Fig. 18. — Prostatectomie sus-pubienne. — Aspect de la loge prostatique quelques jours après l'opération.
La cavité disparaît par l'accolement de la muqueuse vésicale V, avec la surface cruentée de la capsule commune rétractée C. La muqueuse vésicale va se souder avec celle de l'urètre prostatique U. Le tube T, désormais inutile, peut être retiré.

tion, il n'est plus possible d'attribuer la mort à l'opération. Je pratique des prostatectomies depuis 9 ans; la grande majorité de mes opérés jouissent d'une santé excellente et ne présentent aucun trouble de miction; quelques-uns ont succombé à des maladies étrangères à la morbidité opératoire et la mort a dû être attribuée à l'une des causes suivantes : ramollissement cérébral, hémorragie cérébrale, urémie (dont un cas 7 ans après l'opération), pyélonéphrite, cancer périnéal, cancer d'estomac.

Y A-T-IL DES RÉCIDIVES APRÈS LES PROSTATECTOMIES? — J'ai pratiqué 55 prostatectomies périnéales; j'ai observé 3 *récidives*. Chez ces trois malades les accidents de prostatisme sont revenus aussi complets qu'avant l'opération. Deux de ces malades ont dû être réopérés par la voie sus-pubienne; cette récidive doit être mise sur le compte de l'intervention périnéale qui ne permet pas toujours au chirurgien d'enlever le lobe moyen. Or, ce lobe moyen est la principale cause des rétentions d'urine.

J'ai observé 2 *récidives* après 152 prostatec-

Fig. 19. — Prostatectomie transvésicale.
A, B, points où l'index déchire la muqueuse pour la décortication. Ici, la capsule commune a été amincie et réduite à néant du côté de la cavité vésicale. L'accès de la loge prostatique sera facile, car la muqueuse est friable. C, point où se rompt l'urètre après la décortication de l'adénome prostatique. V, lambeau de muqueuse vésicale qui va amplement remplacer la partie supprimée de l'urètre prostatique.

tomies sus-pubiennes. J'ai dû réopérer les malades; la seconde opération a permis l'ablation d'un nodule variant du volume d'une noisette à celui d'une noix. Ces récidives s'expliquent facilement; nous savons que l'adénome prostatique se développe surtout aux dépens des glandes sous-cervicales. La prostatectomie sus-pubienne elle-même n'est point une prostatectomie totale, mais simplement une énucléation partielle de l'adénome semblable à la myomectomie pour fibrome ou à la strumectomie de Socin. L'organe lui-même reste; il n'est donc point étonnant que les récidives soient possibles: toutefois elles sont tout à fait exceptionnelles et ne doivent point entrer en ligne de compte pour diminuer la haute valeur de cette intervention.

L'Opothérapie splénique

DANS LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE

Depuis déjà longtemps, dans le traitement de la tuberculose, la zomothérapie joue un rôle important.

Les travaux du professeur Richet et de son collaborateur le docteur Jules Héricourt ont, en effet, montré que l'adjonction quotidienne à la ration alimentaire d'une dose convenable de viande crue pulpée amène rapidement et progressivement dans de nombreux cas un relèvement des forces et de l'état général des malades.

Mais, en pareille matière, la zomothérapie, malgré les bons effets qu'elle assure, n'est peut-être pas encore ce que l'on peut entreprendre de meilleur dans l'intérêt des malades.

Un fort intéressant travail de M. le docteur Bayle (de Cannes), travail publié récemment par la *Revue de Médecine*, tend à le démontrer.

Au lieu de donner à ses malades tuberculeux de la viande de cheval pulpée, on encore une préparation de suc de viande, M. Bayle s'étant avisé que la rate devait posséder dans l'organisme une fonction colloïdogénique et, de ce chef, devait exercer un rôle important dans sa reminéralisation, a eu idée de les soumettre systématiquement à l'opothérapie splénique.

Voici comment il dirige le traitement qui consiste soit à absorber de la rate crue, soit des extraits de rate.

Chaque jour, par exemple, l'on prescrit au malade d'ingérer 100 grammes de rate de porc pulpée crue. Cette dose est aisée à prendre, soit qu'on la mélange à des confitures, soit qu'on l'additionne de bouillon tiède.

Après trois semaines de ce traitement quotidien, M. Bayle prescrit une interruption de quinze jours, puis il fait reprendre la médication pour une nouvelle période de vingt et un jours et ainsi de suite.

De façon générale, à l'exception des malades présentant des lésions intestinales tuberculeuses, la tolérance est parfaite. Quelquefois, au début, cependant, l'on observe une légère tendance à la diarrhée. Mais celle-ci est fugitive et ne tarde pas à s'arrêter d'elle-même.

Quant aux effets du traitement, ils ne tardent point à se manifester. A l'ordinaire, au bout d'une semaine du régime nouveau, on commence à constater une transformation de l'état général. Le faciès se modifie. La congestion des pommettes s'efface, le teint s'égalise, si l'on peut dire, et, en même temps que la peau devient plus rose, que les muqueuses prennent un ton plus vif, que l'aspect spécial propre au tuberculeux tend à s'effacer, l'on voit aussi réapparaître les forces, l'amaigrissement cesser et le malade reprend du poids.

Voilà pour les effets généraux.

Localement, les symptômes relevés sous l'influence de la médication splénique ne sont pas moins favorables. Dès la seconde semaine du traitement, la toux, la dyspnée, la gêne respiratoire et les douleurs diverses disparaissent ou s'atténuent plus ou moins rapidement.

La toux, semble-t-il, est surtout influencée de façon précoce.

Quant aux signes physiques, enfin, leur amélioration survient aussi, mais plus tardivement, vers la troisième semaine seulement.

C'est ainsi que M. le docteur Bayle a pu constater, dans des lésions limitées du sommet, la disparition complète des craquements en moins d'un mois; c'est ainsi encore qu'il a pu observer à peu près dans le même temps la résorption d'épanchements pleuraux moyens anciens déjà de trois mois et qui duraient depuis ce temps sans modifications appréciables.

La médication splénique a encore donné à son auteur de remarquables résultats dans le traitement des tuberculoses locales, principalement dans celui des formes ganglionnaires. En moins de trois semaines, sous son action, des ganglions non suppurés de la grosseur d'un œuf de pigeon ont rétrocédé presque complètement. M. le Dr Bayle attribue cette évolution heureuse et si rapide à la similitude probable des fonctions de la rate et des ganglions sympathiques.

Dans le cas des arthrites tuberculeuses, les résultats heureux sont un peu plus longs à se montrer; il est nécessaire, en effet, de poursuivre le traitement durant un bon mois et même durant un temps plus long quand il s'agit d'une coxalgie.

Naturellement, l'opothérapie splénique n'est pas seule mise à contribution par M. le Dr Bayle pour le traitement de ses malades.

M. Bayle, en effet, est d'avis que la triple cure d'alimentation, sans suralimentation, de repos et d'aération, constitue en l'espèce un précieux adjuvant et, pour cette raison, il recommande de façon toute spéciale la gymnastique respiratoire et les exercices des bras pratiqués avec méthode deux ou trois fois par jour, durant un laps de temps pouvant varier, suivant l'état du sujet et son entraînement, entre cinq et vingt minutes.

Un tel régime, qui n'expose pas les malades à des réactions fébriles et donne de façon générale d'excellents résultats, doit être, au moins pourrait-on le supposer, d'application toujours aisée. En pratique, c'est une autre affaire. Les tuberculeux, personne ne l'ignore, sont à peu près tous des dyspeptiques, c'est-à-dire des sujets chez lesquels les fonctions digestives sont fréquemment plus ou moins touchées, mais ils sont encore à peu près tous des sujets présentant des dégoûts alimentaires qui leur font souvent refuser les aliments les plus convenables à leur état.

Tous les médecins savent que de nombreux malades ne peuvent se résoudre à prendre de la viande crue. Ces malades difficiles, est-il besoin de le dire, sont pareillement incapables d'absorber de la rate fraîche pulpée.

Comment alors les faire bénéficier de la médication splénique ?

La *Filudine* leur en donne le moyen.

La Filudine, en effet, comprend un sel nouveau, la thiarféine — récemment découvert par M. Châtelain — uni à des extraits totaux de foie et de rate. Grâce à cette composition spéciale, ce remède réunit les meilleur agents que l'on puisse opposer à l'infection tuberculeuse.

On sait, en effet, la haute valeur des combinaisons organiques de l'arsenic dans le traitement des affections bacillaires. Quant à celle de l'opothérapie splénique, les recherches de M. le Dr Bayle en ont établi l'utilité. Enfin, les extraits hépatiques, en stimulant les fonctions du foie et surtout sa fonction anti-toxique, viennent compléter de la plus heureuse façon l'association réalisée.

Combinée à la cure par le *Globéol* dont on connaît la double action, reconstituante par l'hémoglobine et les ferments vivants de l'hématie, anti-toxique par les diastases antitoxiques du sérum sanguin qu'il apporte dans toute leur activité à l'organisme, la *Filudine*, dont la toxicité n'est point à craindre, a donc son emploi indiqué dans tout traitement bien compris de la tuberculose.

REVUE DE CHIRURGIE

La rachianesthésie générale, par M. le Professeur Jonesco (de Bucarest).

Depuis quelques mois, ma technique de la rachianesthésie générale a subi des modifications et la statistique a considérablement augmenté. La ponction haute, *dorsale supérieure* (entre la première et la deuxième vertèbres dorsales) n'est plus employée que pour les opérations sur la tête, cou et membres supérieurs : toutes les autres interventions, y compris le thorax se font par la ponction basse, *dorso-lombaire* (entre la douzième vertèbre dorsale et la première vertèbre lombaire) à condition d'employer le Trendelenbourg. Grâce à l'emploi de la stovaïne stérilisée et solidifiée la dose de stovaïne maximum a été réduite de moitié (5 centigr. au lieu de 10) pour la ponction basse, 1 à 2 centigr. pour la ponction haute ; la dose de strychnine a été doublée : 1 milligramme pour la P. haute, 2 mm. pour la P. basse. Ces modifications out le double avantage, d'une anesthésie parfaitement supportée et complète, et la disparition presque absolue des phénomènes observés généralement dans la rachistovaïnisation ordinaire : céphalalgie, vomissements, élévation de température, incontinence des matières, rétention d'urine, etc. Après l'injection les malades doivent être immédiatement mis dans le décubitus horizontal.

Ma *statistique* actuelle comprend 4.945 rachianesthésies pratiquées par 30 chirurgiens roumains : dout 1.588 de ma clinique ou personnels et 3.237 de mes confrères. Mes 1.588 cas sont 333 anesthésies hautes et 1.255 basses, sans complication ni mortalité : ils comprennent toutes les opérations que j'ai pratiquées ou qu'on a pratiquées dans ma clinique depuis le 8 juillet 1908 au 28 juillet 1911, sans avoir jamais en recours à l'anesthésie par inhalation. Les 3.357 cas des autres chirurgiens roumains se partagent en 279 anesthésies hautes et 3.078 basses, avec deux cas mortels d'anesthésies hautes dus à de graves erreurs de technique, car on a employé dans un cas 4 centigr. de stovaïne, et dans l'autre 4 milligrammes de strychnine. La statistique roumaine comprend donc 4.945 cas dont 612 anesthésies hautes et 4.333 basses. A l'étranger on a publié 206 cas dont 23 anesthésies hautes et 183 basses, la plupart avec d'excellents résultats (Marcorelli, Nicolich, Tavento, Rici Spinelli, Madden, Mc Gawin). L'âge des opérés a varié entre l'enfant de un mois et le vieillard de 82 ans. L'état général des malades (cachexie, infection, état toxi-infectieux) pas plus que les lésions viscérales même graves (hépathiques, rénales, cardio-pulmonaires) n'ont pas empêché la rachianesthésie de réussir à condition de proportionner la dose de l'anesthésique à l'état constaté. On n'a jamais constaté de troubles médullaires ou cérébraux immédiats ou tardifs.

La rachianesthésie générale est supérieure à l'anesthésie par inhalation, par sa simplicité, son innocuité, son manque de contre-indications, et elle facilite considérablement les opérations sur certaines régions : la face et le cou où l'anesthésie par inhalation est souvent difficile ; les membres par l'immobilité absolue et le relâchement complet des muscles ; l'abdomen par l'immobilité absolue des viscères (*silence abdominal*) ; dans les opérations sur les reins, vessie (Nicolich, Tavento, Heresco, Bratrina) ; le périnée, par le relâchement complet des muscles ; enfin dans la chirurgie de Guerre (Galinesco-Gomoiou, Dimitriou).

Tous ces avantages me font conclure encore une fois avec tous ceux qui l'ont employé que la rachianesthésie générale sera malgré tout la *méthode d'anesthésie de l'avenir* (Marcorelli, Spinelli-Rici).

Du plombage xéroformé, par E. Ducroux, Chef de clinique chirurgicale à la Faculté (*Lyon médical*).

La valeur du plombage des cavités osseuses par le mélange de Von Mosetig Moorhof est à l'heure actuelle entièrement reconnue. Malheureusement les accidents d'intoxication consécutifs à son emploi sont fréquents. Dans le hut de prévenir ces accidents, M. le professeur Jaboulay a modifié la formule du mélange. Les résultats ont été très heureux ainsi que le prouvent les 23 observations que nous avons pu réunir dans l'espace d'un an.

Le mélange de Von Mosetig Moorhof est, on le sait, ainsi composé :

Iodoforme	60 parties
Huile de sésame	40 —
Blanc de baleine	40 —

M. le professeur Jaboulay a substitué le xéroforme à l'iodoforme. Cette substitution, à pouvoir antiseptique égal, a l'avantage de supprimer l'odeur et, à la fois, les phénomènes d'intoxication qui peuvent résulter de l'introduction d'une trop grande quantité d'idoforme dans la plaie.

Ainsi composé ce mélange est renfermé dans des tubes métalliques dont la contenance est de 120 centimètres cubes ; ces tubes, comparables à des tubes de vaseline stérilisée, comprennent un bouchon métallique vissé. Pour l'usage, on les plonge dans l'eau en ébullition ; leur contenu de solide devient liquide et il ne reste plus alors qu'à le verser par expression dans la plaie de résection ou d'évidement.

L'oblitération par le mélange de Mosetig peut être soit secondaire à l'intervention, soit concomitante. Le plombage secondaire a été surtout préconisé à Lyon par MM. Bérard et Vignard (communication du XXIIe Congrès de chirurgie Bérard). Après un curetage osseux, un évidement ou une résection ces auteurs projettent de l'air chaud dans la cavité osseuse en cas d'hémorragie, font un tamponnement de la poche à la gaze imbibée d'eau oxygénée et procèdent à la mise en place de fils à suture qui sont noués lâchement au-dessus du tamponnement. Au bout de 48 heures les fils sont dénoués, le tamponnement enlevé lentement à l'eau oxygénée, la cavité osseuse apparaît nette. Le mélange iodoformé chauffé à 45° environ est introduit dans la cavité légèrement tassé et les sutures sont définitivement nouées.

Le plombage primitif ou concomitant se fait immédiatement après l'opération. Différents procédés sont préconisés pour réaliser l'assèchement et l'hémostase préliminaires. Suivant la technique de Mosetig l'assèchement peut être réalisé par la compression, par l'air chaud, par la glycérine houillante, par le froid. D'autres auteurs comme M. Nové-Josserand font l'hémostase par la bande d'Esmarch qui est laissée jusqu'à ce que le pansement soit achevé et l'appareil plâtré, placé. Rendu, dans sa thèse, décrit ainsi cette technique : « L'opération étant terminée, sous la bande d'Esmarch on verse le mélange à l'état liquide dans la cavité. Des écarteurs maintenus par des aides permettent au mélange de s'insinuer jusque dans les plus petites anfractuosités de la cavité, et lorsque celle-ci est pleine on attend un moment que le mélange se prenne. Parfois on voit surmonter à la surface des gouttes de sang que l'on éponge au tampon, car le tampon de gaze ne se laisse pas imbiber par le mélange et constitue le meilleur agent pour le tasser. La cavité une fois bien remplie on fait la suture cutanée au fil métallique laissant presque toujours un drain planté dans le mélange ou couché sous la peau. »

M. le professeur Jaboulay réalise la ligature de tous les vaisseaux susceptibles de donner une hémorragie même minime, puis la cavité est remplie d'eau oxygénée jusqu'à ce que le liquide mousseux obtenu, de rouge devienne rosé, puis clair. L'hémostase ainsi faite, l'assèchement est réalisé rapidement à l'aide de tampons de gaze. En même temps les lèvres de la plaie sont réunies par des fils de catgut sauf en un point qui servira à l'introduction du mélange de Mosetig xéroformé. Afin d'éviter l'issue du mélange, surtout si la direction de la plaie s'y prête (ostéite costale) on assujettit un tampon par un dernier fil de catgut au-dessus de l'orifice d'introduction.

Les pansements consécutifs sont faits tardivement par la plupart des chirurgiens. A la clinique de M. le professeur Jaboulay, on exécute le premier pansement trois semaines à un mois après l'opération. Il n'est pas arrivé d'avoir à constater l'hyperthermie des premiers jours (T. de 39° à 39° 5) signalée par différents auteurs à la suite du plombage par le Mosetig iodoformé. On n'a pas observé non plus de phénomènes d'intoxication comme cela est fréquent, à l'état léger du moins, avec l'emploi de l'iodoforme. Dans sa thèse, Rendu, qui réunit 89 observations appartenant à M. Nové-Josserand, ne relate aucun cas d'intoxication iodoformée vraie. Mais il fait remarquer cependant que dans les deux, quatre, six premiers jours les opérés plombés présentent un peu de température et de prostration « ils restent couchés silencieux, dit-il, indifférents à ce qui se passe autour d'eux, répondant à peine aux questions qu'on leur pose, étant constamment dans une sorte de demi-sommeil calme, sans délire. Ces malades présentent plus souvent la réaction de l'iodoforme (calomel sur salive) ». A côté de ces phénomènes généraux d'intoxication, il existe des phénomènes d'ordre local. « Très souvent, ajoute Rendu, on constate que la région opérée présente un certain degré d'infiltration, d'œdème dur qui pourrait faire craindre une rechute, mais cet œdème, qui doit être attribué à une réaction des tissus au contact de l'iodoforme, s'atténue peu à peu et finit par disparaître au bout de quelques mois. »

Avec le mélange de Mosetig, modifié par M. le professeur Jaboulay, ces accidents tant généraux que locaux ne sont plus à craindre et, en fait, ils n'ont jamais été constatés. Une seule fois dans une trochantérite tuberculeuse avec large évidement suivi de plombage immédiat, la désunion se réalisa vers le 12e jour, les fils ayant été enlevés trop tôt. Un plombage secondaire fut réalisé et la guérison fut obtenue. Dans la plupart des plombages de nos observations on a pu constater au premier pansement une plaie nette, réunie par première intention. D'autrefois une simple fistulette montrait encore l'orifice d'introduction du mélange. Les avantages de la modification apportée par M. le professeur Jaboulay à la formule classique du Mosetig se montrent ainsi très importants. Voici maintenant la liste de nos observations.

Observations

Membre supérieur. — Nous notons 5 résections du coude et 3 résections du poignet.

Résections du coude. — L..., 30 ans. St-Sacerdos, n° 16, 1er mars. Résection des surfaces articulaires humérale, radiale et cubitale. Excision des fongosités. Plombage au Mosetig xéroformé. Premier pansement, 25 jours après. Réunion *per primam*. Mobilisation du coude.

A..., 27 ans. 8 mars. Même intervention pour lésions semblables. Premier pansement vers le 24e jour. Réunion par première intention.

V..., 29 ans. Avril. Tuberculose ostéo-articulaire du coude. Résection. Plombage xéroformé. Aucune réaction locale ni générale ainsi que dans les observations précédentes.

T..., 42 ans, St-Sacerdos, n° 33. Affection identique. Plombage xéroformé. Le malade n'a jamais eu ni fièvre ni phénomènes d'intoxication. Le premier pansement a été fait le 30e jour. La réunion était parfaite.

J. B..., St-Paul, n° 8. Ostéo-arthrite du coude. Résection et plombage. On ne constate aucun signe d'intoxication, ni d'hyperthermie les jours suivants.

Résections du poignet. — V... Novembre 1910. Résection du poignet pour tuberculose du carpe. Mosetig xéroformé. Trente jours après, ablation du premier pansement, la plaie ne suppure pas. Les lèvres sont déjà réunies. Le malade n'a jamais présenté de température. On conserve le plâtre pendant une quinzaine de jours. Le malade, revu en mai, se présente dans un état très satisfaisant.

G..., 45 ans. Tuberculose du carpe et de la base du métacarpe. Résection le 7 avril du carpe et de la base du 3e et du 4e métacarpien Mosetig. Le malade vient se faire panser un mois après. On constate une réunion des lèvres et de la plaie et nulle trace de suppuration. Le malade n'a jamais présenté aucun signe d'intoxication.

S..., 52 ans. Résection du poignet pour lésion néoplasique étendue. Plombage xéroformé. — Avril. La réunion s'est faite sans aucune fistule. En juillet, il n'existe plus que de la gêne fonctionnelle. A la suite de sa résection le malade avait présenté de violentes douleurs, mais une température moyenne et nul signe d'intoxication.

Membre inférieur. — *Trochantérites tuberculeuses.* — J..., 17 ans. St-Sacerdos, n° 8. Résection trochantérienne. Evidement. Ablation des séquestres. Mosetig xéroformé le 7 mars. Guérison sans aucune complication comme une plaie ordinaire, sans la moindre trace d'intoxication les premiers jours.

B... 24 mars. St-Pierre, n° 25. Abcès en bissac dans la fosse iliaque externe. Carie du trochanter. Ablation de séquestres étendus. Mosetig xéroformé. Le premier pansement ayant été souillé est fait huit jours après. Rien d'anormal. La plaie paraît se cicatriser tout entière par première intention. Malheureusement les fils cutanés ayant été enlevés trop tôt, une désunion complète se produit; nouvelle anesthésie, nouveau Mosetig xéroformé, nouvelles sutures. A l'heure actuelle, la cicatrisation est réalisée et la guérison paraît définitive.

Résections du genou. — Les résections du genou comprennent trois observations.

Une femme de 42 ans, un jeune homme de 19 ans et un homme de 29 ans. Dans les trois cas, grâce à l'emploi du Mosetig xéroformé, à titre ici de pansement interne combiné à l'action du crampon métallique, les résultats furent tout à fait satisfaisants.

Au pied. — Nous relevons trois cas d'astragalectomie dont deux pour lésions tuberculeuses de la tibio-tarsienne et une pour pied bot; deux tarsectomies : l'une totale, l'autre incomplète et une résection de trois métatarsiens et de deux cunéiformes pour coup de fusil. Dans toutes ces observations les résultats furent excellents et sans la moindre réaction du côté de l'état général et de la température, sauf dans un des deux cas de tarsectomie qui, pratiquée chez un tuberculeux avancé, lequel avait refusé l'amputation, provoqua, vers le 40e jour, une hémorragie abondante bientôt suivie de collapsus.

Au thorax. — R..., 55 ans. St-Sacerdos n° 4. Ostéite costale antérieure ayant déjà subi plusieurs interventions. Résection large. Plombage xéroformé. Cicatrisation *per primam*. Aucune réaction thermique, aucun signe d'intoxication.

B..., 20 ans St-Paul, n° 24. Ostéite costale étendue. Résection et plombage xéroformé. Résultat identique.

Au bassin. — Deux observations se rapportant à une ostéite iliaque et à une ostéite pubienne. Mêmes résultats.

L'exposé sommaire de ces 23 observations plaide en faveur de l'application du plombage xéroformé, car les résultats immédiats (absence d'hyperthermie de signes d'intoxication) ont été aussi bons que les résultats définitifs. Il n'y a à signaler qu'une mort chez un tuberculeux avancé ayant subi une tarsectomie totale et qui avait refusé l'amputation.

Dans la plupart des cas le mélange a été employé à titre de plombage véritable, dans d'autres (résection du genou) à titre de pansement interne seulement. On supprime de la sorte tout drainage et on referme la plaie de résection comme une plaie ordinaire. Les progrès réalisés dans le traitement chirurgical des tuberculoses ostéo-articulaires par l'évidement, la résection suivie de plombage ont, du reste, été à Lyon l'objet de nombreux travaux et il n'est plus l'heure d'y revenir (Th. de Collenet, Lyon, 1908. Rapport de M. Nové-Josserand au XXIe Congrès de chirurgie. — MM. Bérard. Rapport au XXIIe Congrès de chirurgie.— MM. Vignard et Armand. *Revue de chirurgie*, octobre et novembre 1910; Thèses de Renaud, Lyon, 1903 : Grüber, Lyon, 1908 ; Rendu, Lyon, 1910).

Les différentes observations que nous rapportons ont trait pour la plupart à des affections tuberculeuses et c'est en effet là que l'application du Mosetig triomphe. Nous n'avons pas fait mention d'un cas de plombage d'une cavité ostéo-myélitique exécuté l'année précédente et où il y eut un échec complet. Nous avons parlé d'autre part d'une résection pour néoplasme et pour traumatisme et où le résultat fut parfait. La question d'asepsie paraît donc de la plus grande importance dans l'application du plombage. C'est pourquoi ses indications se feront de plus en plus nombreuses en matière de traumatisme osseux ou articulaire suivi de perte de substance ou de résection, parce que dans ces cas l'asepsie peut être réalisée entière; dans le domaine de la tuberculose il en sera de même parce que l'asepsie peut être considérée suffisante. Mais ses indications resteront toujours aléatoires sur le terrain des affections ostéomyélitiques en raison d'une désinfection complète souvent impossible.

REVUE DE RADIOLOGIE

Identification de cadavres carbonisés, par le Dr Foveau de Courmelles.

A propos de la catastrophe de la *Liberté*, le Dr Foveau de Courmelles, rappelle sa communication à l'Institut du 24 mai 1897, lors de l'incendie du bazar de la Charité. On peut identifier maints cadavres carbonisés par la radiographie des os, en connaissant les fractures, ostéites ou autres affections faisant varier la composition minérale de certains points du squelette et qui ont atteint les individus en des régions connues de l'entourage. Actuellement, avec la radiographie instantanée, la radioscopie, on pourrait examiner rapidement, plusieurs os, à la fois même, et avoir un procédé d'identification de cadavres autrement méconnaissables.

REVUE D'HYGIÈNE

La vaccination des immigrants au Canada.

Chaque passager sera tenu de prouver, à la satisfaction de l'officier de quarantaine, qu'il a été vacciné ou qu'il a déjà eu la variole.

Toute personne qui ne donnera pas une preuve suffisante d'avoir été vaccinée ou d'avoir eu la variole sera vaccinée par un officier de quarantaine ou, en cas de refus, débarquée à la station de quarantaine, pour y subir une quarantaine d'observation.

La production d'une attestation au dos du billet de passage, signée par le médecin du navire, indiquant que le passager a été vacciné avec succès et la déclaration assermentée du médecin à l'appui de la vérité de ce certificat ou de cette attestation seront considérées par l'officier de quarantaine comme preuve de cette vaccination et de cette protection. Toutefois, l'officier de quarantaine pourra, de temps à autre, faire un examen personnel des porteurs de ces certificats afin de s'assurer de la manière dont ces certificat sont délivrés.

a) Le médecin du navire fera un examen de chaque passager d'entrepont afin de s'assurer que ce passager a été vacciné, aussitôt que possible après le départ du navire, et il inscrira le résultat de cet examen sur le billet de voyage du passager, comme suit :

« Protégé par vaccination antérieure ou par variole ».

« Vacciné à bord ».

« A refusé d'être vacciné ».

b) Si la variole s'est déclarée sur un navire ou si un navire arrive d'un port ou endroit qui a été déclaré infecté de variole par proclamation insérée dans la *Gazette du Canada*, chaque passager du bord qui ne fournit aucune preuve satisfaisante d'avoir été vacciné au cours des sept dernières années ou d'avoir eu la variole durant cette période sera vacciné par ou sous la surveillance de l'officier de quarantaine ou débarqué pour être mis en observation.

c) Les personnes que l'officier de quarantaine juge devoir être vaccinées, en vertu des présents règlements, et qui refusent de s'y soumettre, seront débarquées à la station de quarantaine, pour y subir la détention d'observation et l'entretien de ces personnes, la paie et l'entretien des gardiens que l'officier de quarantaine trouvera nécessaire de désigner pour surveiller et examiner ces personnes durant leur détention sera à la charge du navire.

d) S'il s'agit d'une personne provenant d'un navire indemne de maladie, la durée de détention sera de 18 jours, cette durée étant considérée comme la période ordinaire d'incubation de l'infection ayant pu être prise au port de partance. S'il s'agit de personnes provenant d'un navire dans lequel la variole s'est déclarée durant la traversée, la période de 18 jours courra de la date du débarquement à la quarantaine de la personne qui a refusé d'être vaccinée.

e) Un navire qui arrive dans une station de quarantaine au Canada sera moins exposé à être retenu, si la vaccination de tous les passagers d'entrepont ne présentant aucune trace d'avoir été vaccinés dans les sept dernières années, a été exigée avant l'embarquement.

REVUE DE STOMATOLOGIE

Le traitement de l'onychophagie.

On sait combien il est difficile de guérir les enfants de l'habitude vicieuse consistant à se ronger les ongles.

D'après Didsbury, cependant, on pourrait obtenir un bon résultat en recourant à un traitement agissant sur les dents elles-mêmes au

lieu de chercher à protéger l'ongle, comme on le fait habituellement.

A cet effet Didsbury recommande de désarmer la dent. Pour cela, il élève l'articulation, mettant ainsi les dents antérieures dans l'impossibilité de se rejoindre, ce qui a pour résultat de ne plus permettre à l'enfant de se couper et de se ronger les ongles.

Le traitement est du reste très simple. Il consiste à relever symétriquement et bilatéralement l'articulation au niveau des molaires pour ne pas troubler la mastication et, par suite, la nutrition de l'enfant. L'appareil peut être construit en vulcanite ou en métal. A défaut d'or, on pourra employer la maillechort ou le platinoïde.

Le meilleur moyen consiste donc à coiffer toutes les molaires du haut on du bas, mais d'une façon symétrique et bilatérale, au moyen d'un appareil en métal fixé au ciment ou à la gutta. On obtient ainsi de très bons résultats. M. Pont (de Lyon), a traité ainsi quelques cas d'onycopbagie et la guérison a été obtenue radicalement et définitivement au bout de quelques mois, sans altération de la santé et sans surveillance des parents ou de l'entourage.

Naturellement, il ne s'agit ici que de cas invétérés et sur lesquels il est impossible d'agir par les antres procédés.

REVUE DE MÉDECINE VÉTÉRINAIRE

La goutte chez les oiseaux (*La Semaine vétérinaire*).

Chez les oiseaux, notamment les poules, les pigeons et les psittacides, les vétérmaires ont depuis longtemps appliqué le nom de goutte à diverses affections dont un des symptômes consiste dans l'apparition et le développement plus ou moins rapide, autour des jointures du tarse et du pied, de tumeurs de grosseur variable, fermes ou fluctuantes et nuisant, souvent de façon accentuée, à la station debout ou à la marche.

Or, dans ces espèces, si l'une des affections susceptibles de donner naissance à pareilles productions possède — en raison de ces causes et de la nature de ces lésions externes — quelque ressemblance avec la goutte de l'bomme, il s'en faut néanmoins que toutes celles qui provoquent, au niveau des articulations précitées, des nodosités déterminant des ankyloses ou diverses déformations des membres soient de même origine.

Quoi qu'il en soit et paraissant occasionnée anssi par un défaut de nutrition sous l'action duquel les matières protéiques n'arrivent pas au terme final de leur désagrégation, l'urée de la goutte des oiseaux atteint exclusivement les sujets adultes bien nourris, maintenus, en espace limité, dans une liberté restreinte et se traduit par des caractères externes ou par des lésions internes appréciables seulement à l'autopsie.

Dans le premier cas, ces signes sont précis. Sous l'influence des crises, d'accès à phénomènes généraux, certaines articulations deviennent douloureuses, s'œdématient, s'empâtent et présentent un volume exagéré. Après un temps variable, l'état général s'amende, la tristesse, les accidents intestinaux, les douleurs articulaires qui se manifestent par des boiteries sonvent intenses, disparaissent et l'appétit revient. Mais le gonflement des jointures persiste à des degrés divers et les articulations frappées sont envahies par des dépôts uratiques. Une fois constitués, ceux-ci non seulement n'ont plus de tendance à disparaître, mais encore, généralement augmentent progressivement en même temps qu'il en apparaît d'antres sous l'action de nouvelles crises uricémiques.

Les tophus forment alors des tumeurs, des nodosités isolées, confluentes ou en chapelet, pouvant atteindre le volume d'une noisette et qui, fermes, pâteuses ou molles, siègent dans le tissu conjonctif péri-articulaire. Contenant une bouillie blanchâtre, crémeuse, elles sont parfois en communication avec les séreuses articulaires.

Sous sa seconde forme, la Goutte des Oiseaux passe ordinairement inaperçue du fait du vague — les symptômes articulaires étant absents ou à peine marqués — de ses manifestations générales. Cependant elle peut être soupçonnée en raison de l'apparition brusque de l'accès morbide auquel elle donne lieu, de son peu de durée, du régime et du mode d'entretien des malades.

Par contre, l'autopsie des sujets qui succombent est démonstrative. L'organisme entier, en effet, semble infiltré par des dépôts d'urate de soude. Dans les reins, autour et dans les tubes droits et contournés, existent de petites concrétions cristallines blanchâtres très apparentes. Du côté de l'appareil circulatoire, le péricarde apparaît comme plaqué par une couche crayeuse blanche ayant les apparences du talc. Enfin, les séreuses péritonéales et pleurales, le foie, la rate, sont reconverts d'une efflorescence blanche, nacrée, à reflets chatoyants.

En somme, la goutte revêt donc, chez les oiseaux comme chez l'homme, deux aspects différents qui caractérisent : l'un la goutte articulaire ; l'antre, la goutte viscérale.

Au microscope, la bouillie crémeuse des tophus, les concrétions rénales, le revêtement blanchâtre dont sont recouvertes les séreuses apparaissent formés par une multitude de petits cristaux en aiguilles. Traités, dans un verre de montre, par quelques gouttes d'acide nitrique qu'on évapore à une douce température, ils donnent lieu à la production d'une masse teinte pelure d'oignon qui, sous l'action de l'ammoniaque, prend une belle coloration pourpre. Avec quelques gouttes d'une solution de potasse caustique on obtient une coloration bleue, — aspects et réactions qui les montrent être des dépôts d'acide urique et d'urates.

A côté des manifestations goutteuses articulaires et péri-articulaires dont viennent d'être rapidement esquissés la genèse, l'aspect et la nature, il existe encore chez les oiseaux d'autres lésions des jointures caractérisées également par des nodosités plus ou moins volumineuses, fermes ou dures, provoquant des boiteries, des ankyloses, des déformations et des déviations des rayons osseux. Attribuées le plus souvent à la goutte, ces lésions ont une autre origine. Siégeant non plus dans le tissu conjonctif périarticulaire, mais dans le tissu osseux épiphysaire, elles sont dues à une ostéite hypertrophiante provoquée par un des microbes pyogènes de l'homme — ordinairement le staphylococcus pyogenes aureus — et sont la conséquence de l'ostéo-arthrite infectieuse des volailles étudiée par Lucet chez l'oie, il y a quelque dix ans, et qui, contrairement à la diathèse urique, affecte surtout les jeunes.

Avec un peu d'attention, il est donc facile de différencier ces deux affections — la goutte et l'ostéo-artbrite — dont les manifestations articulaires ont, à première vue, quelque similitude.

Le traitement à opposer à la goutte est prophylactique et curatif.

Prophylactique, il comporte surtout des mesures d'hygiène. Puisque la goutte reconnaît comme origine une nourriture trop substantielle et un manque d'exercice, il est indiqué de diminner l'abondance de la première et d'augmenter la liberté laissée aux oiseaux maintenus en cage ou en parc. On complétera ce régime en ajontant aux aliments ou aux boissons du sel de Carlsbad on de l'eau de Vicby, sans cependant trop compter sur l'action dissolvante qui leur est attribuée à l'égard de l'acide urique — et qui semble avoir été quelque pen exagérée.

A titre curatif, pendant les crises, c'est encore aux alcalins qu'il faut s'adresser et notamment à la pipérazine, à la lysidine, au salicylate de soude qui, s'ils ne dissolvent pas les dépôts déjà formés, angmentent cependant notablement l'élimination de l'acide urique par l'urine, au moins dans les premiers jours du traitement. Quant aux topbus, causes d'ankyloses et de déformations multiples, dangers permanents d'infection, dissolvants énergiques des os avec lesquels ils sont en contact et aliments de réserve pour de nouveaux accès gontteux, le mieux est de les ponctionner et de les évacuer lorsque leur contenu se liquéfie sous l'action d'une poussée aiguë, on de les extirper chirurgicalement en debors d'un accès. En s'entourant de simples précautions antiseptiques ordinaires, cette intervention chirurgicale ne comporte aucun danger.

Inutile d'ajouter que pour combattre ces multiples accidents, mieux que les alcalins, les cures à l'urodonal sont efficaces en raison du pouvoir dissolvant particulier de ce composé vis-à-vis de l'acide nrique et des urates.

CARNET DU PRATICIEN

Traitement hypodermique des rhumatismes.

Contre le rhumatisme articulaire chronique, le Dr Seibul (de New-York) recommande l'acide salicylique en injections huileuses.

Voici la formule qu'il utilise :

Acide salicylique	10 grammes
Huile de sésame	80 —
Alcool pur	5 —
Camphre	5 —

Le mélange est stérilisé avant l'addition d'alcool.

L'absorption et l'élimination de cette solution huileuse se fait assez lentement. Dans les cas aigus, l'auteur utilise une solution aqueuse de salicylate de soude à 20 0/0 et, comme l'injection est douloureuse, il pratique avant une injection de cocaïne.

Suivant la gravité du cas, on injecte 10 à 20 cm^3 d'huile ou de solution aqueuse, et on renouvelle les injections toutes les 12 beures.

Un centimètre cube de la solution huileuse renferme environ 0 gr. 10 centigrammes d'acide salicylique. On injecte donc d'après cette méthode de 1 gramme à 2 grammes d'acide salicylique toutes les 12 beures et 0 gr. 50 à 1 gramme de camphre.

Un centimètre cube de la solution aqueuse renferme 0 gr. 20 centigrammes de salicylate de soude. On injecte donc d'après cette méthode 2 grammes à 4 grammes de salicylate de soude toutes les 12 beures.

De son côté le Dr Daniel préconise le salol en injections :

	Salol	50 grammes
	Huile d'olives	50 —
ou :	Salol	50 grammes
	Huile de Chaulmoogra	50 —
	Huile d'amandes douces	50 —

Les solutions sont limpides, mais laissent déposer des cristaux de salol par refroidissement ; il suffit alors de chauffer le flacon pour redissoudre le salol et d'agiter la solution pour la rendre bomogêne avant de s'en servir.

L'urodonal pris à l'intérieur complète ces traitements bypodermiques de la plus heureuse façon.

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 40.000 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 35, rue J.-J. Rousseau

Le Gérant : Docteur Lucien Graux.

Service de Remplacements gratuits

A la demande de beaucoup de nos confrères, nous avons organisé à la *Gazette Médicale de Paris* un service de remplacements *gratuits*. Nous savons, en effet, que nombre de médecins hésitent à prendre des vacances et se privent d'un repos bien gagné, uniquement pour ne pas laisser leur clientèle aux mains d'un inconnu, auquel les malades pourraient ne pas réserver l'accueil bienveillant qui convient, beaucoup préfèrent ne pas prendre de remplaçants, et s'absentent néanmoins, pensant entre deux maux choisir le moindre.

Désireux de leur donner satisfaction, nous assumons volontiers la tâche d'organiser un service de remplacement; à cet effet, nous nous sommes assuré le concours d'un certain nombre de remplaçants, tous docteurs, internes au concours, ou étudiants munis de 16 inscriptions.

Quant au fonctionnement de ces services, nous croyons devoir apporter certaine restriction, et ceci dans l'intérêt même du confrère qui voudra bien s'adresser à nous: nous avons l'intention de nous limiter aux remplacements d'une certaine durée, notre but étant plutôt d'assurer un service régulier à l'époque des vacances. Que ceux de nos confrères qui comptent faire une absence *prolongée*, nous écrivent quelque temps à l'avance, nous aurons ainsi toute facilité de les mettre en rapport avec leurs futurs remplaçants, probablement même de leur ménager avec eux le rendez-vous indispensable en pareille circonstance.

Joindre à chaque lettre un timbre-poste pour transmission
Il n'est donné de réponses que par lettres

1003. — Confrère installé aux environs de Paris et s'absentant 4 mois par an, désirerait connaître **docteur sérieux pouvant le remplacer régulièrement**, on fait la clientèle en voiture. Indemnité journalière à débattre.

1004. — Jeune docteur ferait **remplacements d'oculiste**. Paris ou province.

1005. — Docteur sérieux 45 ans, bien au courant de la clientèle, désirerait **occupation pour l'après-midi** dans clinique ou maison de santé. Très bonnes références, peu exigeant.

A NOS ABONNÉS

Nous offrons à nos abonnés les colonnes de la *Gazette Médicale de Paris*, et serons heureux de faire paraître toute annonce relative à la vente ou à la cession de leur clientèle.

Il est bien entendu que nous mettrons en rapport avec le titulaire de l'annonce ceux de nos confrères qu'elle aura intéressés.

Les abonnés ont droit à deux insertions gratuites.

POUR LES NON-ABONNÉS

L'insertion sera taxée à 0 fr. 25 le mot.

OFFRES ET DEMANDES

Joindre à chaque lettre un timbre pour transmission. Il n'est donné de réponses que par lettres.

505. — Paris, quartier populeux. **Clientèle à céder** dans de bonnes conditions, recettes 12 à 15.000, loyer 12.000, prix 12.000 dont 5.000 comptant.

508. — A céder quartier populeux, **clientèle faisant 40.000**, loyer 1.200, frais généraux, voiture 3.000, pour 30.000 tout comptant. Présentation 3 à 4 mois.

509. — **Clientèle à céder** dans ville d'Eaux du centre, affaire sérieuse et transmissible, recettes 13.000 touchés, villa toute installée à céder également, prix à débattre.

510. — **Cabinet dentaire à céder** dans ville du centre, affaires 10.000, bénéfices 7.000; un autre médecin dentiste dans la localité, on peut augmenter le chiffre en faisant tournée dans chef-lieux de canton tout proches, affaire sérieuse et réellement susceptible d'extension.

511. — Nord. A céder après 20 ans d'exercice la **clientèle sérieuse** et facile à développer par confrère jeune et actif, recettes 10.000, fixe 2.000, loyer 600, maison entière. Prix 5.000 comptant. On se retire pour raison de santé, longue présentation.

512. — Paris, banlieue, **clientèle** datant de 15ans. Recettes 22.000. Fixes 3.000. Loyer 1.250. Prix à débattre.

513. — Paris, beau quartier, **clientèle à céder** pour cause de santé. Recette 18.000, loyer 2.500. Longue présentation.

514. Savoie, **maison de santé à céder** dans d'excellentes conditions, laissant de sérieux bénéfices. Il faut 100.000 comptant pour traiter.

515. — Médecin militaire ayant démissionné, 38 ans, achèterait **clientèle** dans la banlieue de Paris faisant au moins 20.000, dispose de 10.000 comptant, exigerait présentation sérieuse.

516. — Jeune docteur connaissant la radiographie et l'électrothérapie désirerait **situation bien rétribuée** dans maison de santé sérieuse, ferait volontiers un contrat.

517. — Docteur quittant Paris pour raison de santé, désire acquérir dans le centre **clientèle** comportant des fixes si possible et peu fatigante.

518. — Je désire **bonne clientèle de campagne** de 7 à 8.000 touchés, de préférence dans les départements de l'Ouest.

519. — Paris banlieue, **maison agréable** avec jardin, remise d'auto, de grandes dépendances, clientèle très ancienne, rapport 15.000 touchés. Prix à débattre.

OCCASIONS

Joindre à chaque lettre un timbre pour transmission. Il n'est donné de réponse que par lettre.

3. — **Cheval 8 ans**, 1 m. 52, bai brun, sage élégant avec du train, belles allures en plein service.

6. — A vendre **belle glace** pour salon 1m40 × 1m75. Joli cadre bois sculpté avec filets d'or. S'adresser au journal.

REVUE D'ASSURANCES

NOTRE NOUVEAU SERVICE

A partir de ce jour, notre nouveau service de *Détaxe des Contributions et d'Assurances* est mis gratuitement à l'entière disposition de nos lecteurs.

Nous nous sommes adjoints le concours d'une Commission de techniciens spécialistes de premier ordre qui les renseignera sur toutes les questions qui seront soumises à son examen.

Les attributions de notre nouveau service sont des plus étendues; voici la nomenclature des principales :

Contributions : Imposition foncière, contribution mobilière, cote personnelle, patentes, taxe de chevaux, voitures et automobiles.

Assurance : Incendie, accidents, responsabilité civile, vol, vie.

Les avis donnés par ces spécialistes sont *entièrement gratuits*.

Adresser la correspondance à la *Gazette Médicale*, service des Détaxes. (Joindre une enveloppe affranchie pour la réponse.)

Nous nous engageons nos lecteurs à nous faire parvenir, *sans retard*, leurs feuilles de contributions de toutes natures. Nous leur dirons en les leur renvoyant, *sans aucun frais*, si elles sont exactes ou s'ils doivent faire une réclamation.

ÉCHOS

Diminution du taux de la natalité dans les parties rurales de l'Etat de New-York.

On a répété à satiété que la dépopulation est un phénomène de biologie générale; en voici une nouvelle preuve, que nous trouvons dans *The Journal of the American medical Association* :

« Des faits assez inquiétants,dit ce journal,se trouvent relevés par des statistiques récentes concernant l'Etat de New-York. Pendant le cours du mois de mars de la présente année, il y eut en tout 18.693 naissances dans cet état, où le chiffre de la population est estimé être 9.273.954 habitants. Pendant la même période de temps, il y eut 14.227 décès. Il faut ajouter toutefois que, pendant le mois de mars de cette année, New-York a présenté le taux de mortalité le plus élevé qu'il eût depuis longtemps;le chiffre des décès pour le mois n'a jamais auparavant atteint une telle élévation, sauf pour mars 1904 et mars 1910.

« En ce qui concerne les naissances, 11.643 se sont produites dans la cité de New-York, tandis qu'on n'y constatait que 8.355 décès. Dans les villes de second ordre, c'est-à-dire celles comprenant de 50.000 à 175.000 habitants, il y eut 1.104 naissances et seulement 847 décès. Dans les villes de troisième ordre, c'est-à-dire celles de 10.000 habitants et au-dessous, il y eut 1.398 naissances et 1.237 décès. A mesure que la population devient moins forte, le chiffre des naissances et celui des décès tendent à s'égaliser, jusqu'à ce qu'on arrive aux villes de troisième ordre. Dans les localités paysannes, la différence change de sens; il n'y a pas excès de naissances sur les décès, il n'y a plus même égalité, c'est le chiffre des décès qui l'emporte. Dans la partie rurale de l'Etat de New-York, en effet, on compte 3.745 décès et seulement 3.275 naissances.

« La raison de cette différence peu favorable tient certainement à ce que les jeunes gens émigrent rapidement de la campagne à la ville; il reste surtout à la campagne une population plus âgée et stérile.

« Cependant, même si l'on tient compte de cette circonstance, il apparaît que le nombre des naissances varie directement en raison de la densité de la population étrangère. Dans la cité de New-York, où la population étrangère est très nombreuse, les naissances sont en excès sur les décès de 4.617. Dans les autres villes, l'excès des naissances sur les décès a été seulement de 313 pour une population estimée à un million et demi. A la campagne, où la population surtout indigène est estimée à deux millions et demi, il y eut 470 décès de plus que de naissances. En dehors de la cité de New-York, sur une population d'environ quatre millions et demi d'habitants, il y eut dans le courant du mois de mars un excès de décès qui n'est pas de moins de 150.

Quoiqu'on ne puisse tirer de conclusions bien fermes d'une statistique portant sur un seul mois, il apparaît que le problème mérite d'être considéré. Il semble qu'il serait utile de rendre la vie à la campagne plus attrayante pour la population jeune. Il est inquiétant de voir la population rurale d'un pays non seulement de ne pas se maintenir, mais même décroître.

82e Année (Série XIIIe) — N° 118 Le Numéro : 25 Centimes Mercredi 1er Novembre 1911

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
9, Rue Denis-Poisson, PARIS
TÉLÉPHONE : 573-40

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale......... 15 fr.
Edition Espagnole .... 10 fr.
Edition Portugaise.... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

ÉCHOS

Nos amis.

Nos lecteurs se rappellent certainement l'accident professionnel, que nous annoncions dans notre numéro de la *Gazette Médicale de Paris* à la date du 1er mars 1910, arrivé à M. le Dr Sénéchal, auteur de très intéressants articles parus dans les différentes éditions de notre journal sur le mouvement chirurgical. Notre collaborateur s'était piqué le doigt au cours d'une opération d'un plegmon et a été à la suite de cette piqûre, pendant un mois dans un état très alarmant. Nous sommes heureux d'apprendre que la médaille des épidémies a été donnée à Sénéchal; cette distinction était très certainement bien méritée et nous prions notre collaborateur d'accepter nos sincères félicitations.

Distinctions honorifiques.

LÉGION D'HONNEUR. — *Officiers :* MM. les docteurs Sévère, médecin-major 1re classe; Jan, médecin en chef de 1re classe; Caron de la Carrière, Leprince, Jonbin, à Paris.

Chevaliers : Billon, Cathelin, Grünberg, Laval, A Mathieu, Radais, Sagni, Le Filiâtre, à Paris; Calot à Berck; Dubois à Sanjon; Guilloz à Nancy; Lalesque à Arcachon; Perrin de la Tonche à Rennes; Laure à Buenos-Ayres; Gorisse, Laurent, méd.-major de 2e classe.

Le prix Nobel.

Une dépêche de Stockholm à l'agence Havas annonce que le prix Nobel pour la médecine est décerné cette année à un ophtalmologiste, le docteur Gullstrand, professeur à l'Université d'Upsal, pour ses travaux sur la dioptrique de l'œil.

Le professeur Alvar Gullstrand est né en 1862 et est depuis 1894 professeur à la grande université suédoise. Membre de l'académie des Sciences du royaume, chevalier de l'Etoile-Polaire, il s'est spécialisé dans les études de l'organe visuel.

Asile clinique (Sainte-Anne).

Bureau d'admission, service de M. Magnan. — Tous les matins et plus particulièrement les mardis et jeudis à neuf heures et demie, exercices cliniques sur le diagnostic des maladies mentales, et applications thérapeutiques sur les formes aiguës de la folie.

Ces travaux cliniques seront dirigés par M. Magnan, ou, en son absence, par le Dr Juquelier, son suppléant.

Médecins sanitaires maritimes.

La Société générale de transports maritimes à vapeur, 70, rue de la République, à Marseille, demande des médecins sanitaires maritimes.

Le traitement est de 250 francs par mois en Méditerranée, ligne de Marseille à Oran; sur la ligne du Brésil : 300 francs la première année, 325 francs la deuxième année, 350 francs la troisième année, 400 francs les autres années; plus une gratification annuelle égale à un mois de solde.

S'adresser à M. Nicolas, chef du service médical de la Société générale des transports maritimes à vapeur, à Marseille.

Conseil de surveillance de l'Assistance publique.

M. B. CUNÉO, chirurgien des hôpitaux, vient d'être désigné par la Société des chirurgiens des hôpitaux comme son représentant au Conseil de surveillance de l'Assistance publique de Paris, en remplacement de M. Nélaton, décédé.

Monument à M. Claude Martin.

Le Comité du monument à élever à la mémoire de M. Claude Martin (de Lyon) a décidé de clore la souscription à la date du 1er décembre 1911. Le total des sommes souscrites à ce jour atteint 9.000 fr. Le Comité adresse un pressant appel aux retardataires et les prie de vouloir bien envoyer leur souscription le plus tôt possible à M. Caillon, 1, rue Victor-Hugo, Lyon.

Une chaire de médecine à Téhéran.

Le gouvernement persan demande l'envoi en mission à Téhéran d'un agrégé qui sera chargé de la chaire de médecine à l'Institut polytechnique de cette capitale. Le ministre des Affaires étrangères, par l'intermédiaire du ministre de la Marine, fait appel aux médecins de marine. Le traitement est de 15.000 francs, plus le voyage payé. Le départ aurait lieu au plus tard le 10 novembre.

Collège de France

M. Ranvier, professeur d'anatomie générale au Collège de France, est admis, sur sa demande et pour cause d'ancienneté d'âge et de services, à faire valoir ses droits à une pension de retraite à partir du 1er novembre 1911.

Le « palais du radium ».

Mme Curie vient de demander à M. Nénot, architecte de la Sorbonne, qui construit sur l'emplacement de l'ancien couvent des Visitandines, rue Saint-Jacques, le « palais du radium », d'annexer à cet édifice un laboratoire d'enseignement.

Le « palais du radium » ne comportait primitivement qu'un laboratoire d'études. L'institut Pasteur devait contribuer aux frais de sa construction pour 400.000 francs, et l'université de Paris pour 280.000 francs. Le nouveau laboratoire que Mme Curie demande aujourd'hui ne nécessitera pas une dépense supérieure à une quarantaine de mille francs. Il doit pouvoir recevoir quarante étudiants. C'est à l'université de Paris que va être demandée cette nouvelle subvention.

La destruction des moustiques au Japon.

Au Japon, pour détruire les moustiques, on emploie des sortes de bougies dans lesquelles on fait brûler lentement une poudre végétale enveloppée dans une gaine de papier. Cette bougie, entourée d'un cylindre en tôle muni de petits orifices à ses deux extrémités, est allumée par son bout inférieur : la fumée, peu irritante, s'échappe par les orifices supérieurs. Van der Heyden a employé avec succès ce chasse-moustiques dans des localités du Japon où les moustiques abondaient; l'appareil fonctionne les fenêtres ouvertes.

D'après les trappistes établis au Japon, les plantes suivantes seraient encore employées avec succès pour combattre les moustiques :

« *a*) *Artémise commune* ou *armoise* : un jour après l'avoir coupée, on la met avec des branches de pin sur un réchaud ardent; la fumée dégagée chasse immédiatement les moustiques.

« *b*) *Chrysanthème à fleurs blanches* et *chrysanthème à fleurs roses.* — L'usage de ces deux espèces de plantes permet non seulement de chasser les moustiques, mais aussi de les tuer. A cet effet, on ferme préalablement portes et fenêtres et on projette sur un brasier la graine pulvérisée et les bourgeons florifères desséchés de ces plantes. Au bout de très peu de temps, les moustiques sont tués; on peut alors ouvrir portes et fenêtres; la fumée dégagée s'échappe, et l'odeur qui reste dans la pièce empêche les moustiques du dehors d'entrer.

« Il est très probable que l'armoise et les 2 chrysanthèmes cités plus haut entrent dans la confection des bougies employées au Japon par Van der Heyden. »

La Réflexothérapie

Par le Dr H. JAWORSKI, de Paris

Etant reconnu qu'en physiologie, « tous les actes organiques sont de nature à être considérés comme le résultat d'une impression périphérique, c'est-à-dire que tous ces actes sont d'une essence réflexe », il est au moins étonnant que jusqu'à présent on ait si peu pris en considération cette loi pour l'étude des phénomènes pathologiques.

Cependant, aujourd'hui, il n'est plus permis d'oublier, en face d'un trouble ou d'une lésion organique quelconque, les répercussions lointaines que ce trouble ou cette lésion peuvent parfois entraîner et c'est précisément cela qui constitue ce que nous avons appelé la *réflexopathie.*

Voici deux exemples qui vont éclairer d'une vive lumière ce sujet si intéressant et si nouveau.

Observons d'abord un tabétique. Il s'agit d'une lésion parfaitement classée et bien systématisée; nous nous trouvons en présence d'un organisme ruiné par une infection ancienne, de lésions absolument irréparables et qui nous condamnent à l'impuissance la plus absolue au point de vue thérapeutique. Cependant, si nous voulons regarder de plus près, nous serons amenés aux constatations suivantes : bien que la lésion reste profonde et irréparable, l'état du tabétique offre les contrastes les plus frappants : aggravations subites à certains jours, améliorations inattendues à d'autres, parfois même et spontanément disparition définitive des symptômes les plus aigus. Il faut donc admettre qu'en outre de la lésion, il existe des causes variables qui entrent en jeu; nous avons, en effet, trouvé quelques-unes de ces causes qui se répercutent par action réflexe. C'est ainsi, par exemple, qu'un de nos premiers malades, atteint d'ataxie des mains, nous avait fait observer que les jours où il était constipé, son ataxie était si accentuée qu'il ne pouvait porter sa cuiller ou sa fourchette à la bouche, qu'il ne pouvait plus manger tout seul à table et *et cela ne lui arrivait que ces jours-là.* Plus tard, d'autres malades nous ont fait remarquer que leurs douleurs devenaient intolérables quand leur intestin fonctionnait mal et certains autres encore, que leur marche était bien meilleure quand les troubles urinaires étaient le plus atténués. Le tableau clinique chez ces malades, *qui ont pourtant une lésion invariable,* se modifie donc tellement qu'on pouvait caresser l'espoir d'arriver à fixer chez eux cet état spontané de mieux.

Passons au second exemple. On sait depuis très longtemps que l'ablation d'un polype nasal peut suffire à faire disparaître presque instantanément un asthme qui durait depuis de longues années. Si nous analysons ce phénomène, nous trouvons que ce n'est pas le polype lui-même qui est réflexogène, c'est l'irritation que sa présence cause dans des points déterminés de la muqueuse, de façon que même en l'absence de polype, on peut assister au même syndrome si ces points se trouvent irrités par une autre cause. En pratique, la chose se présente beaucoup plus complexe, car, avec le temps, cette lésion s'étend et une rhinite banale masque une irritation réflexopathique.

Au point de vue expérimental, rien n'est plus typique que la production d'ulcères de l'intestin causés par des brûlures superficielles et étendues. Remarquons, en outre, qu'il ne s'agit pas tant de guérir la lésion irritative que de la modifier de façon qu'elle ne soit plus réflexopathique.

Loin de nous l'idée de faire des systématisations, de croire que toutes les maladies sont des troubles réflexes; nous pensons seulement que ceux-ci jouent un rôle de premier ordre dans le mécanisme biologique et que dirigés, ils peuvent amener des réactions utiles. Toutefois, il ne faut pas oublier que les éléments réflexes sont très complexes et que des lésions différentes peuvent amener des troubles identiques. C'est ainsi que si nous avons parlé de phénomènes d'asthme produits par des irritations nasales, le même syndrome peut provenir d'une irritation gastrique et c'est alors à la sagacité du médecin qu'il appartient de découvrir le point irritatif. De même, si nous avons connaissance de phénomènes d'épilepsie en rapport avec des affections réflexopathiques urétrales, le Professeur Doumer de Lille a observé les mêmes manifestations en rapport avec des affections intestinales.

D'un autre côté, des lésions analogues peuvent au contraire amener des troubles différents : par exemple, des phénomènes paraplégiques chez un enfant causés par des adhérences préputiales, ou des accès de dépression mentale chez un homme en rapport avec la petitesse du méat et tant d'autres qu'il serait trop long de citer ici, mais dont la réalisation a été confirmée par la guérison après intervention.

Le réflexe nasal est admis par tout le monde, mais le réflexe urétral est moins connu et, cependant, les urologistes nous diront que souvent après une séance de dilatation au Béniqué, le malade éprouve de la rétention ; que trop tôt après une première séance, il est généralement impossible de passer de nouveau un numéro égal à celui que l'on avait passé d'abord; enfin que si une séance se prolonge trop on ne peut plus rien passer. La dilatation retentit sur la moelle et dans ces cas provoque un spasme urétral.

Nous ne nous sommes pas contentés de ces simples constatations et, en irritant l'urètre des tabétiques, nous avons pu aggraver pour ainsi dire mathématiquement leur syndrome, comme en employant le procédé inverse, atténuer considérablement leur maladie au point de pouvoir parfois leur rendre pratiquement la santé. De même, en modifiant l'irritation de la muqueuse nasale, nous avons pu éloigner les troubles que provoque cet état; par une excitation, nous avons provoqué des réflexes utiles et amené la guérison de diverses affections. C'est au mode de traitement basé sur les lois découlant de ces observations que nous avons cru pouvoir donner le nom de *réflexothérapie.*

Au point de vue pratique la première méthode réflexothérapique, celle qui est consacrée par l'usage et le succès, c'est la méthode de Laborde, que nous appellerons *réflexothérapie linguale.* Les tractions de la langue se répercutent au bulbe et par le voisinage des noyaux excitent le cœur par action réflexe. Inutile d'insister sur cette méthode qui a fait brillamment ses preuves.

Un second moyen d'agir sur les centres nerveux dans les étages inférieurs de la moelle, c'est de provoquer un réflexe par la dilatation rapide de l'urètre, la *réflexothérapie urétrale* ; cette méthode a été introduite dans la pratique par le docteur américain Denslow; elle est utile surtout dans le tabes. La dilatation de l'urètre dont nous venons de voir la réaction forte, le spasme urétral, qui prouve qu'elle est vraiment réflexogène, ne provoque pas ce spasme chez les tabétiques en général; mais par contre nous avons observé les faits suivants.

Si on introduit régulièrement les bougies de Denslow dans l'urètre des tabétiques, on remarque :

1° 9 fois sur 10, sauf dans les cas très graves, au bout de quelques séances, une forte sensation de chaleur dans les membres inférieurs se produit presque aussitôt après la séance; ce phénomène progresse en durée et devient permanent;

2° Cette sensation de chaleur s'accompagne peu à peu d'un retour subjectif et objectif de la sensibilité profonde, de façon que les malades sentent le sol, l'ataxie diminue et ils peuvent marcher sans regarder leurs pieds;

3° Après un temps plus ou moins long, on observe également la diminution ou la disparition des douleurs, ainsi que du signe de Romberg;

4° La dilatation a un effet très marqué et très favorable sur l'état général.

Qu'il soit bien entendu, je le répète une fois de plus, que cette méthode n'a aucune prétention d'agir sur les lésions irréparables de la moelle; mais par le retentissement profond qu'elle entraîne nous croyons fermement que la dilatation de l'urètre dans le tabes est le traitement le plus efficace et le plus rationnel de cette affreuse maladie. Cette pratique, à première vue si bizarre, a soulevé, naturellement, les plus vives critiques; il faut du temps pour que l'on s'habitue à ces données nouvelles, mais les résultats sont trop précieux pour que la réflexothérapie urétrale ne s'impose pas d'elle-même. D'ailleurs il ne faudrait pas croire qu'elle nous éloigne beaucoup de la théorie classique; on tend de plus en plus à admettre les idées de Sézary qui prouvent que la méningite du tabes, quoique d'origine syphilitique, n'est pas de nature syphilitique et serait nettement une méningite irritative.

Sans nous étendre plus longtemps sur cette question, qu'il nous suffise de constater que les cas dernièrement observés sont venus confirmer entièrement ce que nous avions publié antérieurement, spécialement au 11e Congrès de Médecine à Paris. Nous nous bornerons à signaler l'observation n° 43 d'un mal perforant plantaire guéri par l'action exclusive de la dilatation sans que le malade qui avait un travail excessivement fatigant ait pris une seule minute de repos. Son mal perforant s'est cicatrisé sans qu'aucun traitement local ait

été employé et c'est seulement quand une fois, par hasard, son urètre avait été un peu irrité par une séance à l'urétroscope, que l'amélioration s'est arrêtée pendant deux jours.

Nous ferons observer également que le principe du traitement est la plus grande douceur et que si l'on irrite l'urètre on peut obtenir des effets diamétralement opposés à ceux que l'on cherche.

En dehors du tabes, la réflexothérapie urétrale a été employée avec succès dans certaines neurasthénies et troubles génito-urinaires.

De même sur les centres nerveux supérieurs on peut agir d'une façon très vive par des cautérisations minimes de la muqueuse nasale. Cette méthode, vulgarisée par le Dr Pierre Bonnier, de Paris, constitue un troisième mode d'action réflexothérapique : la *réflexothérapie nasale*.

Le médecin allemand Fliess avait attiré l'attention sur les relations existant entre la muqueuse nasale et les fonctions génitales de la femme et il les avaient localisées à une zone située dans la partie antérieure de la cloison, le « locus genitalis ». Un spécialiste de Paris, en agissant sur ce point, a obtenu il y a sept ans, la guérison complète d'une otorragie supplémentaire qu'aucun traitement connu n'avait pu modifier. Personnellement j'ai obtenu par cette méthode la suppression de douleurs pendant les règles et la régularité de celles-ci.

Les points réflexogènes de l'appareil digestif se trouvent localisés dans le cornet nasal inférieur, par des cautérisation en ce point, on peut agir sur l'entérite, les hémorroïdes et la constipation. L'effet s'obtient 8 fois sur 10, si le cornet n'est pas atrophié, mais il n'est pas toujours durable. J'ai vu plusieurs personnes qui ne pouvaient aller à la selle sans laxatifs ou lavements depuis dix, quinze et même vingt ans et qui, après une seule cautérisation, sont allées régulièrement tous les matins, à leur profonde surprise.

En une seule séance j'ai pu arrêter des diarrhées qui duraient depuis deux ans et, en touchant le point gastrique, faire disparaître une insomnie ancienne qui avait gette origine.

La réflexothérapie permettra très certainement la guérison de l'asthme. Seulement la localisation du point réflexogène de cette maladie est très variable; on l'a trouvé dans le nez, dans l'estomac et dans l'urètre. Mais, ce point découvert, on peut obtenir la guérison après un temps plus ou moins long de traitement.

En agissant directement sur l'appareil digestif on peut aussi provoquer des actions réflexes favorables et ce sont surtout les travaux du Dr Leven qui sont intéressants à ce sujet. En supprimant l'irritation gastrique par la diète nous avons obtenu la guérison d'une bronchite chronique qui datait de six ans ainsi que des prétendus emphysèmes pulmonaires. Bien entendu que dans ce traitement il y a un rôle d'ordre chimique; mais le point de vue réflexe, causé par la surirritation et si bien observé par Leven, est indéniable. A ce sujet, rappelons les observations si intéressantes du Dr Jacquet sur la tachyphagie dont la suppression constitue une véritable cure réflexothérapique de la migraine et aussi les remarquables observations du Professeur Doumer sur les rapports entre l'intestin et l'épilepsie.

Du reste, l'élargissement du domaine de la réflexothérapie ne se fait pas attendre. La *Presse Médicale* du 4 octobre publie un article excessivement intéressant du Dr Abrams, de San-Francisco, pour le traitement des anévrismes aortiques, par une véritable *réflexothérapie vertébrale*. « Quarante cas d'anévrismes de l'aorte thoracique et abdominale ont été traités jusqu'à présent par ma méthode, dit-il, et tous ont été guéris symptomatiquement à bref délai. »

« Le diagnostic était indubitable, tous les examens avaient été faits, la maladie était à un stade avancé, aucun autre traitement n'a été employé, les malades n'ont pas gardé le repos, les résultats obtenus ont été excessivement rapides et, pour les malades suivis, persistent après quatre ans. »

On trouve dans cet exposé identiquement les mêmes caractéristiques que dans toutes les applications réflexothérapiques. C'est toujours une méthode très simple, consistant dans la percussion d'une vertèbre; les résultats obtenus persistent et s'obtiennent très rapidement; enfin, si on percute mal on obtient le contraire de ce que l'on veut de même que dans l'hyperdilatation ou les cautérisations trop fortes.

Ces constatations peuvent être considérées dès à présent comme les lois des actions réflexothérapiques.

On fait des tractions de la langue, on cautérise la muqueuse nasale, on dilate l'urètre, on percute les vertèbres, ces pratiques diverses et très simples ont toutes le même but : mettre en branle le système nerveux qui, lui, réagit et guérit.

Tel est l'état actuel de la *réflexothérapie*. Ce qui est fait est bien peu de chose encore à côté de ce qui reste à faire, mais les assises sont solides et rien ne pourra ébranler ce que l'intuition des anciens avait pressenti et qui, a survécu aux époques et aux hommes. Bien plus, nous avons pu transformer la vieille théorie de la sympathie et en tirer des applications pratiques qui ont une importance capitale, une action certaine, sans présenter le moindre risque.

UNE NOUVELLE MÉTHODE D'INSUFFLATION DANS LA Mort apparente du Nouveau-Né

Par le Docteur PLAUCHU
Accoucheur des hôpitaux

L'idée de cette nouvelle méthode appartient en partie à Carrel, de New-York ; au cours d'un séjour qu'il faisait à Lyon, il m'exposa les expériences de Meltzer sur la réanimation des animaux et il me montra l'appareil que la maison Lépine était en train de construire pour ces expériences; je lui signalai l'intérêt que pourrait avoir pour les accoucheurs l'application du même principe dans la mort apparente des nouveau-nés et il voulut bien m'autoriser à modifier l'appareil d'insufflation à la Meltzer pour l'adapter au nouveau-né.

J'ai en main ce nouvel appareil depuis le mois d'août 1910 et je l'ai employé dans mon service depuis ce moment, à l'exclusion des autres moyens de traitement de la mort apparente. Je ne veux porter sur lui encore un jugement comparatif. J'estime qu'un grand nombre de cas traités et plusieurs années d'expérience seront nécessaires pour juger sa valeur en clinique, mais le principe physiologique sur lequel il repose est manifestement excellent et paraît en tout cas bien supérieur à celui des autres moyens d'insufflation actuellement employés.

Principe physiologique. — Le voici exposé par Meltzer lui-même dans une note qui a été traduite de l'anglais par notre collègue Duvernay :

« Le conduit respiratoire en entier, des lèvres aux petites bronches exclusivement, représente un espace mort dans lequel l'échange des gaz de la respiration se produit très lentement par diffusion. Ces mouvements respiratoires alternatifs représentent l'appareil ventilateur de cet espace mort. En introduisant profondément dans l'intérieur de la trachée un tube à travers lequel l'air est continuellement amené, la plus grande partie de l'espace mort est éliminée et l'on peut se passer des mouvements respiratoires. Ce courant d'air continu apporte incessamment, profondément, l'oxygène à l'intérieur du parenchyme pulmonaire et le courant d'air récurrent entre le tube et les parois de la trachée ramène constamment en dehors l'acide carbonique accumulé. L'insufflation, par conséquent, est capable d'entretenir l'échange des gaz respiratoires en l'absence des mouvements d'inspiration et d'expiration et maintient les poumons gonflés même si la cavité pleurale est ouverte. Ce courant d'air récurrent offre aussi l'avantage de ramener de la trachée toute matière étrangère qui y aurait été aspirée. »

Description de l'appareil. — Il comprend :

1° La poire à insufflation classique de l'appareil de Richardson ;

2° Un branchement en T, dont une tubulure est reliée à un petit manomètre à mercure et l'autre à un tube en caoutchouc terminé par un embout ;

3° Une sonde en gomme calibre n° 12 ;

4° Un mandrin en laiton souple de faible résistance et destiné à donner à la sonde la courbure la plus appropriée au cathétérisme de la trachée.

Pour déterminer le calibre optimum de la sonde à employer, j'ai mesuré le calibre de la trachée chez cinq morts-nés pesant plus de 2.000 grammes. Il atteint en moyenne 4 millimètres. Il y a donc entre la sonde n° 12 et la paroi interne de la trachée un espace suffisant pour le libre passage du courant retrograde.

Pour savoir aussi à quel moment l'extrémité de la sonde arrive chez le nouveau-né à la partie inférieure de la trachée à la bifurcation des grosses bronches, j'ai mesuré la distance qui s'étend entre les lèvres et ce point chez des enfants de poids différent.

Pour un enfant de 2.000 grammes.		8 centimètres
— —	de 3.000 —	10 —
— —	de 4.000 —	12 —

J'ai donc fait placer sur la sonde, aux distances de 8, 10 et 12 centimètres de l'extrémité, des index circulaires indiquant suffisamment à quel momenton doit arrêter la propulsion de la sonde.

Manuel opératoire. — Le nouveau-né en état de mort apparente est rapidement débarrassé avec le doigt on un petit tampon des grosses mucosités de la bouche ou du pharynx, roulé dans des langes chauds, placé sur une table dans le décubitus dorsal. Un linge roulé est placé sous la nuque pour mettre la tête en légère hyperextension, puis l'index de la main gauche est introduit profondément jusqu'à l'orifice de l'œsophage, face palmaire en avant. Il reconnaît là un tubercule dur, cartilagineux, saillant, très facile à percevoir, constitué par la face postérieure du larynx.

Au-dessus de ce tubercule, la pulpe du doigt perçoit facilement un espace mou, limité à droite et à gauche et en arrière par les deux petites saillies aiguës des cartilages aryténoïdes. La sonde, armée de son mandrin, est alors introduite légèrement entre la langue du fœtus et la face palmaire du doigt indicateur et facilement dirigée sur la glotte où elle pénètre avec la plus grande facilité. La manœuvre est souvent simplifiée par une légère pression sur la face antérieure du larynx avec le pouce de la même main. J'insiste sur la facilité de ce cathétérisme qui pourrait paraître au premier abord un obstacle à cette méthode. Après quelques essais expérimentaux sur cadavre au début, j'ai non seulement toujours pu y arriver d'emblée ensuite, mais les internes, externes et sœurs de mon service sont arrivés rapidement à la même réussite.

La sonde, une fois dans la trachée et poussée jusqu'au niveau de l'index marqué sur la sonde suivant le poids approximatif du fœtus, le mandrin est retiré et l'embout de l'appareil à insufflation est introduit dans le pavillon de la sonde; le manomètre est placé verticalement devant les yeux de l'opérateur.

On actionne la poire à insufflation avec précaution au début, les yeux fixés sur le manomètre, et l'on entend aussitôt un léger sifflement s'échapper de la bouche de l'enfant; c'est le courant d'air rétrograde. La perception de ce sifflement d'une part, le fonctionnement du manomètre de l'autre, donnent une sécurité absolue sur le bon fonctionnement de la ventilation. Avec cette double précaution, il ne peut y avoir dans l'appareil pulmonaire une tension gazeuse importante susceptible de traumatiser le parenchyme pulmonaire et de créer l'emphysème. C'est là un point important de cette méthode si l'on considère la fragilité des tissus chez le nouveau-né. Le manomètre est gradué de façon que la pression maximum intratrachéale ne puisse dépasser 40 millimètres de mercure. Si par un incident d'ailleurs inexplicable puisque le courant rétrograde est largement assuré, la pression intrapulmonaire s'élevait au-dessus de 40 millimètres, la colonne mercurielle s'échapperait hors du tube en U, et la pression retomberait immédiatement à la normale. Le manomètre donne toute sécurité, mais avec un peu d'expérience, la simple constatation à l'oreille du bruissement normal et continu du courant d'air rétrograde permet de se rendre compte de l'absence de tension intratrachéale, et l'on peut à la rigueur se passer du manomètre, qui a l'inconvénient d'être fragile (et qui pourrait d'ailleurs être remplacé par un manomètre métallique).

Ce courant d'air rétrograde peut entraîner les mucosités de la trachée et de la glotte, car en pratique, au bout de quelque temps de fonctionnement, on voit des bulles sourdre aux narines et à la bouche de l'enfant.

On continue l'insufflation aussi longtemps que c'est nécessaire et suivant le degré de mort apparente; au bout d'un temps variable, on voit l'enfant devenir moins atone, faire quelques mouvements de la face. La grimace du cri apparaît, mais non le son, empêché qu'il est par la pression de la sonde sur les cordes vocales. Le cœur se régularise et lorsque les mouvements respiratoires ont nettement commencé, on retire la sonde de la trachée.

Avantages et inconvénients de la méthode. — En somme, d'une application facile, évitant les traumatismes fœtaux thoraciques soit externes, tels qu'on les voit parfois avec les différents moyens de respiration artificielle, soit internes sur le parenchyme pulmonaire, comme on les voit aussi avec les autres moyens d'insufflation, la méthode est basée sur le principe physiologique excellent de la ventilation et de l'oxygénation continue et certaine de l'appareil pulmonaire. Elle peut ainsi entretenir la vie pendant longtemps en l'absence de mouvements inspiratoires et permettre progressivement à la fonction circulatoire de se rétablir normalement.

Ce n'est pas qu'elle ne soit passible de quelques critiques. En premier lieu, l'appareil construit presque en entier en caoutchouc, demande une surveillance et un maintien en bon état constant. S'il reste longtemps sans servir, il peut ne pas être au point le jour où une nécessité clinique inattendue en demandera l'emploi. Il suffit d'un peu de surveillance, facile à obtenir dans une maternité, pour le maintenir en bon état. En second lieu, est-il suffisamment efficace pour expulser les mucosités laryngotrachéales, car il ne prévoit pas un premier temps d'aspiration? Mais en pratique, ou bien le nouveau-né a aspiré et rempli tout son appareil pulmonaire jusqu'aux petites bronches de liquide amniotique, et alors l'aspiration a bien des chances de rester inefficace par n'importe quelle méthode, ou bien les voies respiratoires hautes, trachée, larynx et pharynx sont seules encombrées de mucosités épaisses et alors le courant rétrograde suffit, semble-t-il, à les chasser.

Résultats cliniques. — Il est toujours difficile de juger une méthode de traitement de la mort apparente du nouveau-né, car il y a d'innombrables degrés dans l'échelle de gravité des cas couramment observés en clinique.

L'immense majorité des cas de mort apparente guérissent pour ainsi dire d'eux-mêmes et il suffit de désobstruer la bouche et la gorge du nouveau-né, de lui faire quelques excitations cutanées pour le voir revenir à la vie. En expérimentant sur ces cas on serait trop facilement optimiste.

Un assez grand nombre de cas de mort apparente sont d'autre part condamnés d'avance et, chez eux, aucune méthode ne réussira plus que l'autre. Ce sont ces enfants traumatisés par une intervention obstétricale longue, difficile, forceps de force, version difficile, extraction par le siège laborieuse qui entraînent des désordres plus ou moins étendus intracraniens ou bulbaires. Ces enfants sont blessés à mort et la mort apparente n'est chez eux qu'une véritable agonie. Aucune méthode ne donnera dans ces cas des succès plus que sa voisine.

Ces donc sur les cas intermédiaires qu'il faut chercher à établir un jugement comparatif. C'est pour cette raison qu'on ne doit tabler que sur de nombreuses observations accumulées au cours de plusieurs années pour se prononcer sur la valeur clinique réelle d'une méthode. Je rapporterai seulement à titre d'indication les cinq cas correspondant aux conditions précitées dans lesquelles j'ai eu l'occasion d'employer l'appareil en huit mois, cas qui ont tous été suivis de succès.

Observation I. — Enfant de 2.760 grammes extrait par version de Braxton Hilks dans un cas de placenta prœvia. Vient au monde flasque, très atone, sans aucun mouvement inspiratoire; cœur régulier mais très lent. Insufflation prolongée pendant douze minutes sans autre moyen de traitement. Au bout de douze minutes, grimace faciale, on retire la sonde, l'enfant crie.

Observation II. — Gros enfant de 4.200 grammes extrait par une version difficile ayant duré longtemps et nécessité de vigoureuses tractions pour extraire la tête. Asphyxie blanche. Cœur régulier. Quelques soubresauts diaphragmatiques très espacés. Retour à la vie après huit minutes d'insufflation.

Observation III. — Enfant de 3.600 grammes extrait par le forceps pour signes de souffrance.

Latérocidence probable du cordon. Forceps assez pénible à la partie moyenne de l'excavation chez une I-pare. Enfant très atone, sans mouvements respiratoires. Cœur à peine senti. Méconium évacué. Insufflation de sept minutes, puis retour à la vie.

Observations IV et V. — Dans deux autres observations, les nouveau-nés étaient en état d'asphyxie bleue, mais le cœur était régulier, bien frappé et il est probable qu'avec les moyens ordinaires ils seraient revenus à la vie. L'insufflation n'a été pratiquée chez eux que très peu de temps. C'étaient toutefois des nouveau-nés plus asphyxiques que l'enfant dit étonné.

Je n'ai pas encore eu l'occasion d'employer cet instrument et cette méthode dans un cas très grave où l'enfant n'ait pu être ranimé. Je me propose de continuer ce moyen de traitement à l'exclusion de tous les autres dans mon service pendant le temps suffisant pour pouvoir le juger. Son principe physiologique m'a paru d'emblée meilleur que celui sur lequel est établie l'insufflateur de Ribemont-Dessaignes, dont le principal inconvénient est la rigidité du tube insufflateur, son volume oblitérant complètement la glotte, les difficultés du cathétérisme, enfin la haute tension sous laquelle peut être insufflé l'air dans l'appareil pulmonaire pouvant produire de l'emphysème. Ce sont ces inconvénients qui ont toujours fait accepter à Lyon l'insufflation avec beaucoup de réserves et lui ont fait préférer jusqu'à ce jour les moyens habituels de respiration artificielle.

(Société des sciences médicales de Lyon.)

L'Aliénation mentale cause de Divorce [1]

(SUITE DE NOTRE ENQUÊTE)

LXIII

M. le Dr Maxim Douy, médecin adjoint de l'asile public d'aliénés de l'Youne, nous adresse la réponse suivante :

Vous avez bien voulu, il y a plusieurs mois déjà, me demander mon opinion sur la grave question de l'aliénation mentale et du divorce. Je vous prie d'excuser le retard involontaire que j'apporte à vous répondre.

A mon sens, il ne saurait y avoir de doute, et, sans hésiter, je réponds de suite : l'aliénation mentale incurable doit pouvoir être admise comme motif de divorce. Je dis « incurable », car il est bien entendu qu'il ne peut s'agir de l'aliénation mentale transitoire, curable : celle-ci, comme l'a parfaitement indiqué M. Maurice Viollette, fait partie du « risque conjugal » au même titre qu'une pneumonie ou qu'une fièvre scarlatine et, pas plus que celles-ci, ne saurait un instant être envisagée comme motif de divorce.

Revenons à l'aliénation mentale incurable. On peut, je crois, considérer la question à deux points de vue : d'une part, l'intérêt de l'individu, d'autre part, l'intérêt de la société.

Au point de vue individuel, a-t-on le droit de refuser le divorce au conjoint qui a eu le malheur d'épouser une personne condamnée à un internement perpétuel ? A-t-on le droit de l'enchaîner à perpétuité à un dément ? Je ne le pense pas. Tout individu normal a le droit de se constituer une famille et de trouver dans le mariage les légitimes satisfactions qu'il peut en espérer. L'épouse d'un forçat a le droit de refaire sa vie ; pourquoi la femme d'un délirant chronique ne l'a-t-elle pas ? Et qu'on ne vienne pas objecter que le forçat est responsable de son crime, alors que le dément ne l'est pas de sa folie ; pas plus ici que là, l'épouse, elle, n'est responsable de l'événement, crime ou folie et ne doit en subir les conséquences.

Si maintenant, nous envisageons l'intérêt de la société, nous arrivons à la même conclusion. Jusqu'ici, le législateur a accumulé ses efforts, en vue de la sauvegarde de l'institution du mariage, base actuelle de notre organisation sociale. Or, qu'arrive-t-il ? Et je ne parle pas par hypothèse, mais de faits réels, qui se produisent tous les jours, que la pratique de la médecine mentale nous permet d'observer à chaque instant. Soit un ménage de jeunes conjoints ; le mari est frappé de folie et de folie incurable ; de lui, il n'est plus question, sa personnalité intellectuelle et morale a sombré pour toujours ; il ne quittera plus l'asile. Sa femme reste seule jeune et bien portante, ne demandant qu'à vivre sa vie. Qu'arrive-t il ? Rivée pour toujours à l'insensé qui n'est plus pour elle qu'un étranger, ne pouvant même pas, comme une veuve, comme une femme d'assassin, se refaire légalement un foyer, elle prend un amant. Que deviennent là-dedans les intérêts de la société ? Ce n'est pas tout. S'il ne survient pas d'enfants, il n'y a qu'un demi-mal. Mais si cette femme, comme c'est son droit, veut des enfants (il s'en trouve encore quelques-unes comme cela), quelle n'est pas sa situation ? Ce seront des enfants adultérins, que leur père ne pourra jamais reconnaître, qui seront, aux yeux de la loi, les enfants de l'aliéné, à moins que ne survienne, chose pire encore, une action en désaveu de paternité.

Une fois de plus, que devient là-dedans l'intérêt de la société et en quoi l'institution du mariage s'en trouve-t-elle renforcée ? J'ai peut-être insisté beaucoup sur ce sujet : je le répète, pareils faits se produisent tous les jours.

Il n'y a donc aucun doute : l'aliénation mentale incurable doit pouvoir être admise comme cause de divorce. Ce principe posé, précisons. J'ai dit : *doit pouvoir être admise*, et non pas *doit être admise*. C'est, en effet, question d'espèce.

Prenons un exemple : la paralysie générale est incurable. Mais elle dure plus ou moins longtemps. Or, soit la femme d'un paralytique général qui demande le divorce : le diagnostic est confirmé, ne laisse aucune place au doute. La maladie a une allure rapide, faisant prévoir la mort dans quelques mois, un an ou deux au plus ; il y a peut être intérêt à attendre que la mort vienne, au lieu d'un divorce et de ses complications juridiques et autres, mettre un terme naturel au mariage. Les juges apprécieront.

Dans tous les cas, il est évident que l'avis de l'aliéniste aura une importance primordiale. D'aucuns s'en sont émus, allant jusqu'à voir là une atteinte aux prérogatives du magistrat, redoutant les conflits entre médecins et magistrats, ces frères ennemis. L'objection ne tient pas ; tous les jours, le tribunal s'éclaire de l'opinion du médecin, qu'il s'agisse d'accidents du travail, ou qu'il s'agisse d'apprécier la responsabilité d'un délinquant.

Un dernier mot : qu'entendra-t-on par aliénation mentale incurable ? Y aura-t-il un délai pour qu'un aliéné soit présumé incurable ? On a parlé de fixer ce délai à trois ans : je crois que cette précision est inutile et arbitraire. Il ne faut pas trois ans, dans la plupart des cas, pour diagnostiquer une paralysie générale ; il en faut parfois plus pour se prononcer sur la curabilité d'un délire chronique, voire même d'un syndrome manie aiguë. Ce sera affaire à l'aliéniste d'apprécier et je suis convaincu qu'il aura suffisamment conscience de la lourde responsabilité qui lui incombera, pour que sa décision, qu'une décision aussi grave, ne soit pas prise à la légère.

En terminant, je fais des vœux pour que cette réforme soit accomplie le plus tôt possible : ce sera un geste de justice et d'humanité.

A nouveau, veuillez excuser, Monsieur et très honoré confrère, le retard de ma réponse, et agréez, je vous prie, l'expression de mes confraternels sentiments.

(*A suivre.*)

(1) Voir le numéro du 1er mars de la *Gazette médicale de Paris* contenant la Proposition de loi de M. Maurice Viollette, député, ainsi que les numéros suivants concernant le début de notre enquête et les réponses reçues.

REVUE CLINIQUE

Sur un cas de maladie de Vaquez (cyanose avec hyperglobulie et splénomégalie), par MM. les Docteurs Pic, Bonnamour et Crémieu. (*Société Médicale des hôpitaux de Lyon*).

L'observation clinique qui fait l'objet de la présente étude reproduit avec une fidélité remarquable le tableau du syndrome décrit pour la première fois par M. Vaquez en 1892 et dont une série d'auteurs ont depuis publié des observations.

On se souvient de la description que M. Vaquez (1) donnait, il y a près de vingt ans, d'un syndrome nouveau caractérisé essentiellement par trois symptômes : cyanose, hyperglobulie et splénomégalie. Trois ans après, tandis que le même auteur complétait ses premières données en rapportant les constatations nécropsiques faites sur son malade, MM. Rendu et Widal (2) publiaient une observation de tous points analogue, où l'autopsie avait révélé l'existence d'une grosse rate tuberculeuse. Depuis cette époque, une assez longue série d'auteurs sont venus apporter leur contribution à la connaissance de cette affection nouvelle, de cette *maladie de Vaquez*, pour employer l'expression uniformément admise à l'heure actuelle. C'est Osler (1) qui en 1903, à l'occasion d'une observation personnelle, consacre le syndrome comme une véritable entité morbide nouvelle ; c'est Türck (2) qui, cherchant une théorie pathogénique, émet l'opinion qu'il s'agit là d'un état d'hyper-activité des organes hématopoiétiques et plus particulièrement de la moelle osseuse. Ce sont, à sa suite, Parkes Weber, Hutchinson et Miller qui relatent également des faits personnels dont l'étude les fait incliner vers la théorie pathogénique de Türck. Cette manière de voir est d'ailleurs pleinement corroborée par l'observation de MM. Vaquez et Laubry (3), qui trouvent chez un nouveau malade des myélocytes et des hématies nucléées dans le sang, et par celle de Blumenthal (4), qui trouve chez un de ses malades une réaction myélocytaire formidable, avec quarante-cinq myélocytes pour cent globules blancs circulants.

La théorie qui dès lors apparaît comme la plus vraisemblable est celle qui fait de la maladie de Vaquez un syndrome traduisant une suractivité médullaire, une création excessive de globules rouges et de myélocytes.

Une question se pose alors : comment faut-il, si l'on admet une telle pathogénie, interpréter l'hypertrophie splénique, terme constant de la triade symptomatique ? Le problème est embarrassant si l'on envisage l'extrême variété des lésions que les divers auteurs ont constatées au niveau de la rate, alors que dans les observations de Rendu et Widal, de Moutard-Martin et Lefas (5) c'est la tuberculose qui est en cause, on trouve dans les cas de Cabot, d'Osler et de Türck une hypertrophie massive simple, sans lésions spécifiques ; Weber et Avel-Balda trouvent une rate simplement congestionnée ; Hutchinson et Miller (6) découvrent à l'autopsie de leur malade une rate de 532 grammes ayant subi la transformation myéloïde ; enfin, Ambard et Fiessinger (7), dans un cas curieux de cyanose congénitale ayant rétrocédé à la puberté et reparu à la ménopause, trouvent une rate parfaitement saine ne pesant que 50 grammes.

Etant donnée cette extrême variété dans les constatations faites par les auteurs au niveau de la rate, que faut-il penser de l'altération splénique dans le syndrome de Vaquez ? Pour quelques-uns, cette altération serait primitive, et ce serait elle qui constituerait le substratum anatomique initial de la maladie ; la rate malade n'effectuerait plus son rôle érythrolytique; les hématies, continuant à être produites par les organes hématopoïétiques sans être détruites par la rate, s'accumuleraient dans le sang, d'où l'hyperglobulie et la cyanose. Cette théorie, qui fait du syndrome de Vaquez une maladie de la rate, est contestée par la plupart des auteurs précédemment cités, qui lui opposent très justement l'absence fréquente de toute lésion splénique et surtout la formule nettement myéloïde de la cytologie sanguine, preuve indéniable de suractivité médullaire.

Pour la plupart de ces auteurs, la lésion splé-

(1) Vaquez. Sur une forme spéciale de cyanose s'accompagnant d'hyperglobulie excessive et persistante. *Bulletin Médical*, 1892.

(2) Rendu et Widal. *Société Médicale des hôpitaux de Paris*, 25 janvier 1895.

(1) Osler. Chronic cyanosis with polycythemia and enlarged spleen : a new clinical entity. *Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, août 1903.
Id. *Brit. Med. Journal*, 16 janvier 1904.

(2) Türck. Beiträge zur Kenntniss des symptomenbildes Polycytämie mit Milztumor und Zyanose. *Wienn. Klinisch, Wochenschr.*, février 1904.

(3) Vaquez et Laubry. *Société Médicale des hôpitaux de Paris*, 1904.

(4) Blumenthal. *Archives de Médecine expérimentale*, 1907.

(5) Moutard-Martin et Lefas. Société médicale des hôpitaux de Paris, 9 juin 1890.

(6) Hutchinson et Miller. *The Lancet*, 19 mars 1907.

(7) Ambard et Fiessinger. *Archives de médecine expérimentale*, 1907.

nique est purement contingente ; elle peut manquer et, lorsqu'elle existe, elle est toujours secondaire.

Lorsqu'il s'agit de congestion splénique, la dilatation veineuse a la même signification au niveau de la rate que partout ailleurs ; on trouve en effet constamment, comme nous le verrons, des dilatations veineuses non seulement superficielles, mais encore viscérales, et la congestion splénique n'est alors qu'nn phénomène banal.

Dans d'autres cas, l'hypertrophie peut être interprétée comme une réaction de défense contre l'hyperprodnction des éléments sanguins par la moelle.

Enfin, dans les cas où l'on trouve une transformation myéloïde dn parenchyme splénique (Hutchinson), il faut se rappeler que, en dehors du syndrome de Vaquez, cette altération de la rate se rencontre parfois dans les cas de réaction très intense de la moelle osseuse.

Ainsi, au point de vue pathogénique, nous voyons deux théories adverses se faire jour : l'une suivant laquelle il s'agit d'une maladie de la rate avec érythrolyse insuffisante ; l'autre, plus généralement admise et étayée sur des arguments plns solides, qui fait de la maladie de Vaquez une hyperactivité de la moelle osseuse, la lésion splénique étant contingente et toujours secondaire.

Quoi qu'il en soit, les descriptions cliniques sont chez les divers auteurs très voisines dans leurs grandes lignes et la symptomatologie de l'affection peut être actuellement définie assez exactement. La voici, telle qu'elle est résumée dans le travail d'Ambard et Fiessinger et dans la thèse récente de Lautard (1).

Le symptôme dominant est la *cyanose*. C'est une cyanose tardive, survenant le plus généralement entre 40 et 50 ans ; la teinte des téguments est d'un rouge violacé plutôt que bleuâtre ; le facies est plutôt enluminé que véritablement cyanique. Souvent les extrémités des doigts et des orteils prennent les déformations bien connues en baguettes de tambour que l'on rencontre dans les autres formes de cyanoses.

La teinte particulière des téguments est due en grande partie à ce qu'il existe des *dilatations veineuses ;* on trouve, en effet, sur toute l'étendue de la surface cutanée, comme au niveau des muqueuses, du fond d'œil, des viscères, lors de l'examen nécropsique, des varicosités multiples qui donnent aux parties un aspect angiomateux.

La *splénomégalie* est également un des signes capitaux de la maladie ; nous avons vu plus haut quelle extrême variabilité ce symptôme peut présenter suivant les cas ; mais son absence, comme dans les cas d'Ambard et Fiessinger, est absolument exceptionnelle.

Enfin le *sang* présente des particularités cytologiques très importantes que l'on peut résumer de la façon suivante : augmentation de la teneur en hématies (6 à 8 millions par millimètre cube et jusqu'à 11 millions dans le cas de Hntchinson), la valeur glohulaire étant normale ou augmentée (jusqu'à 170 dans le cas de Rosengart). Augmentation de la densité du sang (1.054 à 1.080). Leucocytose pouvant aller jusqu'à 30.000 leucocytes par millimètre cube, et portant surtout sur les polynucléaires dont on trouve de 70 à 80 0/0 (Türck). Augmentation du taux des éosinophiles et des mastzellen. Et enfin, symptôme caractéristique, présence d'hématies nucléées et de myélocytes, qui témoignent de l'état de suractivité de la moelle osseuse.

Tous ces sympômes objectifs sont accompagnés d'une série de signes fonctiounels, variables et inconstants, dont les plus fréquents consistent en vertiges, hourdonnements d'oreilles, titubation. Les vomissements ont été signalés. Les hémorragies diverses, gingivales, nasales, intestinales, bronchiques, urinaires, sont presque toujours notées et peuvent, dans certains cas, marquer le début de la maladie. Ambard et Fiessinger signalent des œdèmes. Quant aux urines, elles contiennent fréquemment de l'albumine et de l'urobiline. Il faut signaler, pour terminer cette esquisse du tableau symptomatique, que l'état mental subit des modifications fréquentes : les malades deviennent déprimés, répondent aux questions avec lenteur et en même temps prennent un caractère émotif et irritable.

Voici maintenant l'observation de notre malade : comme on va le voir, elle peut se superposer avec une précision parfaite au tableau symptomatique ci-dessus décrit, que nous avons emprunté à nos divers devanciers.

(1) Lautard. Contribution à l'étude des cyanoses tardives avec splénomégalie et hyperglobulie. Thèse de Lyon, 1910-1911.

Observation

H. B..., 51 ans, électricien, entre salle Ste-Marguerite, le 6 février 1911, pour de la faiblesse générale et des doulenrs dans les membres inférieurs.

Sa mère est morte à 80 ans avec des douleurs articulaires et des troubles gastriques. Son père est mort de tumeur de l'estomac.

Personnellement, il a eu, à 10 ans, une scarlatine ; à 30 ans un rhumatisme polyarticulaire suraigu, qui résista au salicylate, mais fut traité avec succès par les bains de vapeur.

Pas de syphilis dans les antécédents.

Ce qui domine dans l'histoire du malade, c'est une série ininterrompue d'ennuis et de chagrins de toutes sortes : entreprises commerciales ou industrielles ayant périclité et terminées par des liquidations judiciaires ; pertes d'argent ; situation financière de plus en plus précaire, de telle sorte que cet homme qui occupait jadis dans le monde un certain rang, en fut réduit au dénûment le plus absolu. C'est depuis cinq ans surtout que sa situation est devenue misérable ; il lui est souvent arrivé de rester sans manger pendant des journées entières et fréquemment alors, un verre de rhum ou une absinthe remplaçait le repas absent. De la sorte, il a fait quelques excès de boisson, mais qui sont toujours restés relativement modérés. Au chapitre des intoxications il faut ajouter qu'il a tonjours fumé d'une façon excessive : depuis l'adolescence il consomme un paquet de tabac de 50 centimes par jour et depuis quelques annëes un et demi ou deux de ces paquets.

C'est depuis cette période de cinq ans que sont apparus des troubles fonctionnels de divers ordres : préoccupation, nervosisme, insomnies, suffisamment expliqués par la situation financière dans laquelle le malade se débattait; il passait ainsi des nuits entières à fumer. Vertiges fréquents, troubles gastriques, attribuables en partie aux privations et à l'alcool et consistant surtout en brûlures épigastriques après les repas. Enfin depuis quelque temps, apparition dans les muscles et les articulations des membres inférieurs, de douleurs sourdes avec exacerbations violentes.

Quant à la cyanose que l'on constate actuellement, il est difficile de savoir à quelle date elle remonte ; ce qui est certain, c'est que le malade avait autrefois le teint clair ; depuis six ou sept ans peut-être ce teint se serait modifié.

Il y a trois ans, le malade fit un séjour dans un service hospitalier pour des troubles gastriques et nerveux ; ce séjour fut de courte durée et le malade, examiné un peu sommairement, fut considéré comme nn tabétique.

Il entre surtout, à l'heure actuelle, pour ses douleurs des membres inférieurs, qui sont devenues intolérables depuis quelque temps.

A l'entrée : malade amaigri, adynamique, répondant à l'interrogatoire d'une parole lente et traînante. Ce qui frappe dès l'abord c'est sa face enluminée ; les téguments non seulement du visage mais du corps tont entier présentent une teinte congestive due, lorsqu'on examine de près, à un mélange de dilatations veineuses, de cyanose vraie et d'acné rosacea typique. Aux membres, la cyanose est surtont nette dans la position déclive.

La *rate* est énorme, elle soulève la paroi en une voussure visible à la simple inspection, et qui descend en bas jusqu'à l'épine iliaque, à droite jusqu'à l'ombilic. Les dimensions de cette rate colossale sont de 24 centimètres en largeur et de 16 centimètres en hauteur ; il semble donc s'agir d'une rate basculée en position transversale, et cette opinion se trouve confirmée par ce fait qu'il n'existe pas de matité splénique au niveau du thorax ; celle-ci n'apparaît que très bas, à deux travers de doigt au-dessus du rebord costal.

Le foie est augmenté de volume, son bord supérieur atteint le 5e espace intercostal, et son bord inférieur, tranchant, se trouve à quatre travers de doigt au-dessous des fausses côtes.

On trouve dans le flanc gauche une circulation veineuse superficielle assez accentuée.

L'examen des poumons montre des signes d'induration manifestes du sommet droit en arrière : submatité, résistance au doigt, exagération des vibrations, inspiration granuleuse et expiration prolongée.

Le cœur ne présente rien d'anormal.

Les douleurs signalées aux membres inférieurs ont leur maximum au niveau d'une vieille cicatrice traumatique située près de la malléole interne gauche. Elles s'exacerbent par la pression sur les os, les muscles, les troncs nerveux.

Les réflexes rotuliens sont très faibles, mais existent ; on ne tronve d'ailleurs aucun signe positif de tabes.

La température est normale.

Les urines, foncées mais limpides, contiennent des traces d'albumine, une faible quantité de pigments biliaires, des traces d'acétone, et une quantité d'urobiline supérieure à la normale.

Voici maintenant les résultats de l'examen complet dn sang, pratiqué dès l'entrée :

Examen cytologique :

Glohules rouges	7.787.200
— blancs	51.400
Valeur globulaire	105

Formule leucocytaire :

Polynucléaires neutrophiles	87 0/0
— éosinophiles	5 0/0
Grands mononucléaires	7 0/0
Lymphocites	2 0/6
Myélocytes	0
Hematie nucléée	1 0/0

Coagulation retardée et incomplète. Caillot peu rétractile.

Sérum coloré et peu abondant.

Résistance globulaire (Dr Roubier) un peu augmentée :

Résistance minima au tube	15
— moyenne	17
— maxima	21

Examen chimique : Pas d'urobiline dans le sang.

Comme autres examens de laboratoire, nous ajouterons :

Séro-réaction tuberculeuse : Positive à 1/10 ; douteuse à 1/15.

Examen des fèces : Réaction de Weher positive. Un œuf de tricocéphale par préparation.

Comme traitement, on tente la radiothérapie de la rate ; des séances de dix minntes sont pratiquées sur la région splénique, mais dès la première séance apparaît une plaque de radiodermite, qui s'accentue par la suite, et après la troisième application on est obligé de suspendre le traitement. L'effet de ces trois séances semble d'ailleurs absolument nul. La rate, le foie, la cyanose n'ont pas varié. Quant au sang, il a fait l'objet, le 10 mai, d'un nonvel examen, que M. le médecin-major Rieux a hien voulu effectuer, et dont voici le compte rendu :

Globules rouges	7.080.400
— blancs	40.010
Valeur globulaire	110

Formule leucocytaire :

Polynucléaires neutrophiles	85 0/0
— éosinophiles	3 0/0
Matzellen	0,25 0/0
Lymphoeytes	5,30 0/0
Grands mono. et transition	3,30 0/0
Myélocytes neutrophiles	0,15 0/0
Normoblastes	0,20 0/0

Pas d'altérations des bématies. Hématoblastes en proportion normale.

Depuis trois mois qu'il est à l'hôpital, l'état du malade est resté stationnaire. Le température a oscillé autour de la normale, tout en étant assez irrégulière. Le poids n'a pas varié. L'appétit est bon et le sommeil médiocre.

Aussi, chez notre malade, on pent relever deux ordres de faits : d'une part, ceux qui ont motivé son entrée à l'hôpital : douleurs dans les membres inférieurs et troubles gastriques, d'antre part les symptômes qui constituent chez lui un syndrome de Vaquez parfaitement caractérisé. Les faits de la première catégorie sont à mettre vraisemblablement sur le compte des excès éthyliques, modérés à la vérité, auxquels le malade s'est adonné depuis cinq ans

Ce sont des manifestations de névrites et de gastrite d'origine alcoolique (1). Quant à la maladie de Vaquez, elle ne peut pas être plus typique ; rien n'y manque : cyanose tardive survenue aux environs de 45 ans ; splénomégalie énorme, dilatations veinenses généralisées, polyglobulie avec augmentation de la valeur globulaire, du taux des leucocytes, du nombre relatif des polynucléaires, présence dans le sang d'éosinophiles, de mastzellen, de myélocytes et de normoblastes, vertiges, état mental caractéristique, albuminurie et urobilinurie. Bref, il suffit de comparer l'observation de notre malade avec le résumé symptomatique que nous avons exposé au début d'après les données des auteurs antérieurs, pour reconnaître la parfaite identité de l'une avec l'autre. Les observations de ce genre sont encore en nombre suffisamment restreint pour que la publication de celle-ci nous ait paru intéressante.

Mais il est un point encore sur lequel nous désirerions attirer l'attention. Moutard-Martin et Lefas, Rendu et Vidal ont publié des observations avec autopsie où il s'agissait de tuberculose splénique. Cova et Bono (2) ont trouvé chez leur malade une tuberculose primitive de la rate ; il n'existait, en effet, aucune autre localisation tuberculeuse. Ces auteurs considèrent que le syndrome de Vaquez pourrait bien n'être qu'une forme clinique de la tuberculose de la rate et ajoutent qu'il faut toujours penser à ce diagnostic lorsqu'on se trouve en présence du syndrome en question.

Ces données cliniques concordent avec les données expérimentales de Gilbert et Lion, de Lefas et Bender qui ont montré que l'injection dans les vaisseaux ou dans la rate de tuberculoses atténuées donneraient naissance à des réactions myéloïdes assez persistantes.

En présence de ces faits, on est obligé de se rappeler que notre malade a présenté, il y a quelques années, un rhumatisme subaigu qui céda mal an salicylate ; peut-être s'est-il agi alors de rhumatisme tuberculeux. D'autre part, la séro-réaction de Arloing et P. Courmont s'est montrée chez lui positive à 1/10 et ébauchée à 1/15. Enfin et surtout il présente des signes non douteux d'induration du sommet droit. Il est donc à peu près certain que notre malade est un tuberculeux, et notre observation vient s'ajonter à celles qui témoignent des relations qui peuvent exister entre la maladie de Vaquez et la tuberculose.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Des conditions nécessaires à la valeur scientifique et pratique d'une sérothérapie antituberculeuse, par MM. les Drs L. Guinard et Louis Rénon.

Une étude comparative et très impartiale des principaux sérums anti-tuberculeux ne permet de déterminer, ni par l'analyse des cas particuliers, ni par l'examen des statistiques, celui d'entre eux qui est le plus efficace et mérite d'être considéré comme spécifique de la tuberculose.

De plus, l'ensemble des travaux publiés ne fait pas ressortir nettement la supériorité de la sérothérapie sur les autres méthodes de traitement de la maladie.

Jusqu'ici, le problème de la sérothérapie antituberculeuse, posé dès l'année 1895, attend encore sa vraie solution. On n'a pas actuellement le droit de conclure que la sérothérapie soit la voie la meilleure pouvant conduire à la guérison de la bacillose.

Tout en rendant grand hommage aux efforts et aux travaux des inventeurs des divers sérums anti-bacillaires, nous estimons indispensable de déterminer les conditions nécessaires à la valeur scientifique et pratique d'une sérothérapie antituberculeuse.

Actuellement, il est surprenant de voir des résultats favorables, assez identiques, signalés par des auteurs dignes de foi — (nous les avons parfois nous-mêmes observés) — à la suite de l'usage fait par eux de sérums antituberculeux d'origine très différente (1).

En effet, à l'heure présente, les principes directeurs qui président à la préparation des divers sérums antituberculeux sont des plus variables.

Les uns emploient exclusivement des produits solubles on des extraits de bacilles débarrassés de tous éléments microbiens. Les autres, au contraire, soumettent les animaux à des injections progressivement immunisantes en utilisant des émulsions de corps bacillaires ainsi que des bacilles vivants et virulents.

Pour les uns, 4 à 5 mois seulement sont nécessaires à l'obtention d'un sérum actif. Les autres demandent 13 à 14 mois de préparation. Certains, enfin, exigent plusieurs années, 3, 4 ou 5 ans environ et affirment qu'un temps long est absolument indispensable à l'hyperimmunité chez les animaux destinés à fournir un sérum ayant quelque valeur. D'autres même viennent tout récemment de dire que le sérum des animaux ainsi hyperimmunisés n'a aucune action préventive et curative expérimentale.

Si certains sérums antituberculeux, actuellement soumis à l'épreuve clinique, proviennent d'animaux en état manifeste d'immunisation, capables de supporter sans dommage l'injection dans les veines de fortes doses de bacilles virulents, par contre, d'autres sérums, dits aussi antituberculeux, sont fournis par des animaux qui ne paraissent pas en état de résister à cette épreuve, que leurs auteurs, d'ailleurs, déclarent n'avoir point tentée. N'a-t-on pas alors le droit de se demander comment des animaux, non immunisés et réceptifs à la tuberculose, peuvent fournir un sérum préventif et curateur ?

Sans tenir compte des malades à l'agonie et des phtisiques, une sérothérapie vraiment spécifique devrait avoir une action contre toutes les manifestations de la tuberculose, dans toutes ses localisations, dans toutes ses formes, à tous les degrés de la maladie. Nous ne croyons pas qu'il soit possible de juger la valeur d'un sérum sur des tuberculoses légères, non évolutives ou très lentement progressives, susceptibles de guérir seules, ou presque sûrement par l'emploi d'autres moyens, tels que, par exemple, la simple cure d'air et de repos.

Une médication sérothérapique antituberculeuse vraiment scientifique devrait partir d'un principe unique d'immunisation complète des animaux. Ceux-ci devraient être réfractaires à toute tuberculose expérimentale, comme le sont les sujets producteurs des sérums antitétanique et antidiphtérique ; toutefois, aucune comparaison n'est possible entre la sérothérapie de la tuberculose et celle des maladies microbiennes aiguës par intoxication, comme la diphtérie ou le tétanos.

Il est permis d'espérer qu'une sérothérapie antituberculeuse basée sur l'emploi de sérums d'animaux hyperimmunisés puisse avoir une influence heureuse, réelle et constante sur l'homme. Il restera ensuite à déterminer les conditions de la meilleure utilisation pratique de ces sérums.

REVUE DE PATHOLOGIE

L'anémie par hémolyse des entéritiques, par MM. les Drs Loeper et J. Paraf.

Beaucoup d'entéritiques chroniques sont anémiques, quelques-nns même sont légèrement ictériques, et l'ictère apparaît fréquemment chez eux fonction de l'anémie elle-même dont il accompagne les fluctuations. Histologiquement, cette anémie n'a rien de spécial ; les hématies sont diminuées, mais la valeur globulaire reste normale, le nombre des globules blancs peut être légèrement augmenté : il existe rarement quelques formes de rénovation imparfaite. La rate est souvent hypertrophiée ; les urines contiennent de l'urobiline ; l'haleine est fétide ; la tension artérielle est basse.

La cause de cette anémie paraît être, non dans une diminution de résistance des hématies, mais dans un accroissement du pouvoir hémolytique du sérum, qui dissout rapidement les hématies saines et déplasmatisées d'individus témoins. L'accroissement de ce pouvoir hémolytique est dû à une substance de nature albumineuse précipitable par l'alcool et qui passe dans les urines avec certains produits hypotenseurs.

Son origine est triple : parasitaire ou microbienne, alimentaire, fermentaire. Les parasites ou microbes intestinaux, surtout le coli, le perfringens, les sécrétions digestives mêmes et les produits de transformation de la muqueuse, certaines peptones jouent un rôle dans sa formation.

Le traitement de ces anémies doit donc être à la fois intestinal et hématique, c'est-à-dire empêcher la formation de substance hémolytique, la détruire ou la neutraliser et réparer les désordres qu'elle a causés dans le milieu sanguin.

La résistance globulaire dans l'ulcère et dans le cancer de l'estomac, par MM. les Drs E. Parmentier et L. Salignat.

Il s'agit de recherches sur la résistance globulaire, faites comparativement sur des malades atteints d'ulcères ou de cancers de l'estomac, à formes anémiques.

D'après ces recherches, on voit que, chez les gastropathes atteints de *cancer de l'estomac :*

1° La résistance globulaire est le plus souvent augmentée, mais elle ne l'est pas constamment ;

2° L'hémolyse, tantôt commence et finit au-dessous de la normale, tantôt commence au-dessous pour finir à la normale, tantôt enfin commence normale pour finir au-dessous ;

3° L'écart, entre le début et la fin de l'hémolyse, n'est pas constant, puisque les différences extrêmes ont été, dans nos observations, de 1.8 à 0,6, avec tous les intermédiaires ;

4° La résistance globulaire est d'autant plus augmentée que la cachexie est plus avancée ;

5° La résistance globulaire est parfois normale, mais elle n'est jamais diminuée.

La recherche de la résistance globulaire chez les *ulcéreux gastriques* nous montre que :

1° La résistance globulaire n'est pas augmentée dans l'ulcère de l'estomac ;

2° Elle est le plus souvent normale ;

3° Elle peut être parfois diminuée, à l'inverse de ce qui se produit dans le cancer de l'estomac ;

(1) M. Vaquez, dans une communication qu'il a faite lui-même après la nôtre et à propos de notre observation, à la Société Médicale des Hôpitaux, a insisté sur l'importance du symptôme *douleur* dans la maladie qu'il a été le premier à décrire. Ce symptôme, qui n'avait pas été antérieurement signalé, doit donc chez notre malade, contrairement à ce que nous avons dit dans notre communication, être rattaché au même processus que le reste, ce qui satisfait beaucoup mieux l'esprit.

(2) Cova et Bono. Contributo allo studio dell'iperglobulia con splenomegalia e cianosi. *Il policlinico*, 1907, fasc. 31.

(1) L'action des sérums antituberculeux est *très inconstante* en thérapeutique clinique. Il n'y a pas de *déterminisme rigoureux* dans leurs effets. Ceux-ci sont parfois intéressants. L'un de nous a observé des améliorations très sérieuses paraissant dues à divers sérums dans le traitement des tuberculoses aiguës (Louis Rénon : *Le traitement scientifique pratique de la tuberculose pulmonaire*, 1911, p. 107). Comme de semblables résultats ont été notés avec des sérums de préparation théorique très différente, provenant d'animaux les uns hyperimmunisés, les autres non hyperimmunisés, on peut se demander si l'action n'est pas due purement et simplement au sérum lui-même et non aux anti-corps qu'il contient, hypothèse qui, malgré de nombreux travaux, n'a pas encore été vérifiée.

4° L'écart entre le début et la fin de l'hémolyse est assez variable, étant en général moins considérable que dans le cancer.

Il faut conclure que la recherche de la résistance globulaire dans le diagnostic différentiel entre l'ulcère et le cancer de l'estomac, tout en présentant un grand intérêt, n'est pas un procédé très sûr.

L'artério-sclérose du cœur et de l'aorte n'est souvent que de la syphilis, par le Dr Ch. Fiessinger.

L'artério-sclérose n'est pas une maladie distincte. Sous ce terme, on a tort de comprendre des entités morbides disparates et de gravité très inégale. Certaines d'entre elles, traitées dès le début, peuvent se terminer par une guérison complète : telle la syphilis du cœur et de l'aorte. Il n'est pas indifférent de savoir qu'un très grand nombre de maladies du cœur et de l'aorte, jadis rattachées à l'artério-sclérose, dépendent directement de la syphilis ; ainsi l'insuffisance aortique du second âge de la vie, le pouls lent permanent, les anévrysmes, l'arythmie perpétuelle au-dessous de 50 ans, certaines formes d'angine de poitrine. Le long intervalle qui sépare l'accident initial de la complication cardiaque (20 à 45 ans) ferme trop souvent le jour sur cette vérité. Elle impose la nécessité d'un traitement mercuriel poursuivi pendant de longues années, même chez des sujets qui se croient complètement guéris. La réaction de Wassermann, en montrant la persistance de l'imprégnation morbide, inspirera souvent d'une façon heureuse la direction du traitement.

Ictère par hémolyse après injection d'extrait de fougère mâle, par MM. les Drs G. Étienne et M. Perrin, de Nancy.

Les auteurs ont observé chez un adulte un ictère survenu très rapidement après l'ingestion d'extrait de fougère mâle.

Cet ictère s'est accompagné d'une déglobulisation assez accentuée, mais passagère. Il n'existait pas, à l'état habituel, de diminution de la résistance globulaire, non plus que d'hémolysine dans le sérum.

Il s'agissait nettement d'un ictère d'origine toxique, l'acide filicique ayant exercé une action hémolysante, directe ou indirecte, sur les globules du malade.

Ce cas est à rapprocher des constatations anciennes de Grawitz sur l'anémie des malades atteints d'ictère à la suite d'absorption de fougère mâle, et de quelques autres faits analogues.

REVUE DE VÉNÉRÉOLOGIE

Un cas de Blennorrhagie buccale, par le Dr Henri Malherbe (*Gazette Médicale de Nantes*).

L'existence de la blennorrhagie buccale, admise jadis sans grandes preuves, puis contestée ensuite, est aujourd'hui indéniable.

Elle paraît peut-être plus fréquente chez l'enfant que chez l'adulte. Toutefois, les observations en sont rares. — Le plus souvent, elles sont présentées avec un peu trop de concision, car en dehors de l'examen bactériologique, quand il existe, et des résultats du traitement toujours consignés, la description clinique, la physionomie, l'allure de la maladie sont à peine esquissées.

Or, si nous en jugeons par deux faits que nous avons observés dans le courant de notre carrière, par le dernier surtout que nous allons rapporter ici, il y aurait intérêt pour le praticien à insister un peu plus sur ces points trop négligés (1).

Au cours de notre description, il nous faudra indiquer quelques détails risqués. Certains voudront sans doute y voir l'indice d'un esprit grivois ; mais nous repoussons bien loin pareille insinuation, car nous n'avons souci que de l'exacte vérité et de la précision scientifique des faits.

Dans le courant d'octobre, il y a tantôt deux ans, à 10 heures le soir, un malade que nous avions déjà soigné à maintes reprises, se présente à notre porte, insistant pour être reçu d'urgence.

M. K..., que nous connaissons de vieille date, est âgé de 38 ans et a des antécédents héréditaires et personnels chargés.

Son père, dipsomane, est mort aliéné.

Sa mère est bacillaire ; sa grand'mère maternelle l'était également.

Lui-même est un alcoolique invétéré, tabagique.

Son foie est légèrement atrophié et a eu, il y a 10 ans, une phase grave d'insuffisance. Depuis 5 ans, son aorte est atteinte d'un léger degré d'insuffisance avec, sur la partie convexe, formation d'un petit anévrisme constaté par la radiographie, anévrisme qui a donné des crises angineuses terribles. Ces dernières lésions consécutives à une syphilis ancienne (contagion à 20 ans) mal soignée, ont été heureusement influencées par un traitement spécifique énergique.

En outre, ce sujet est devenu morphinomane au cours de ses crises d'angine de poitrine ; actuellement il a cessé la morphine ; mais il absorbe largement bromure, chloral ou trional.

L'état de M. K..., quand il s'offre à notre examen, est lamentable. En proie à une stomatite d'une rare intensité, il peut à peine parler, ses souffrances sont intolérables et son haleine exhale une fétidité telle que l'on soutient avec peine son voisinage.

Cet état existe depuis 10 jours, pendant lesquels l'alimentation, quasi impossible, n'a consisté qu'en quelques gorgées de lait. Cependant, le premier début du mal remonte à environ 15 jours. Voici comment : D'abord mal de gorge léger, irritation et agacement des gencives, picotements sur les bords de la langue et production à leur niveau d'une ou deux érosions superficielles. Un médecin, consulté, diagnostique angine avec stomatite aphteuse. Le traitement prescrit n'amenant aucun soulagement et les accidents ne faisant que s'aggraver, le malade va voir un spécialiste de la gorge. Ce dernier, en raison des antécédents de M. K..., émet l'hypothèse d'un retour offensif d'accidents spécifiques. C'est alors que le patient vient nous voir.

Nous examinons la bouche à l'aide d'une forte lumière électrique, en raison de l'heure tardive à laquelle le malade nous consulte, et nous constatons les lésions suivantes : toute la muqueuse buccale est rouge, mais d'un rouge spécial, vineux, elle est lisse, comme vernissée ; en retournant les lèvres, nous trouvons de nombreuses ulcérations petites, irrégulières, superficielles, mesurant 3 à 4 millimètres et plus de dimension et recouvertes d'un pus crémeux jaunâtre. Les gencives sont œdématiées, décollées au niveau des dents, et, au collet de chacune, est une nappe de pus analogue à celui qui recouvre les ulcérations des lèvres. — Sur la face interne des joues, dans la zone en contact avec l'interstice des arcades dentaires, nous notons quelques ulcérations analogues à celles des lèvres. — Les lésions s'étendent jusque sur les amygdales et vers l'épiglotte ; là, les ulcérations rappellent assez ce que l'on voit dans l'angine de Vincent. Sur le voile du palais et la voûte, nous retrouvons la rougeur sus-mentionnée, mais pas d'ulcérations. La déglutition est très douloureuse, presque impossible ; la toux incessante. La langue est rouge, sèche et rôtie et offre une ulcération à la pointe seulement.

Devant des lésions si étendues et si aiguës, nous écartons l'idée de syphilis. La dentition du malade est excellente, pas de dent cariée ; d'autre part, il affirme n'avoir pas fait usage de préparations mercurielles depuis plus d'un an, il ne salive pas d'une façon exagérée, on ne peut donc songer à une stomatite mercurielle. L'hypothèse d'une angine de Vincent n'était guère possible, bien que les amygdales fussent envahies, car les lésions étaient bien superficielles et bien diffuses.

Restait la stomatite aphteuse. Or, on sait que la stomatite aphteuse se fait par poussées successives ; que les lésions occupent, soit la langue sur les bords et la pointe, soit les lèvres, les joues ; que l'aphte débute nettement par une vésicule ronde ou ovale, tendue, transparente et qui rapidement devient d'un blanc opaque et que cette vésicule est sertie d'un liseré rouge vif. En général, ces lésions sont discrètes. Un peu plus tard, l'épiderme disparaît et il reste une ulcération de la forme de la vésicule primitive recouverte d'un exsudat blanchâtre. Parfois ces lésions peuvent devenir confluentes et faire des ulcérations irrégulières assez étendues ; mais toujours l'exsudat adhère fortement et fait saigner la muqueuse si on cherche à l'enlever. Rien de ceci n'existait chez notre sujet, le pus recouvrant les ulcérations s'enlevait facilement et la rougeur uniformément diffuse de la bouche n'avait rien de commun avec la rougeur qui encadre l'ulcération aphteuse. Ce diagnostic ne paraissait donc pas devoir être retenu.

C'est alors que connaissant les habitudes de vie échevelée de M. K. et nous rappelant le cas vu précédemment, nous songeons à une infection par contact extraordinaire. Quelques investigations en ce sens n'obtiennent pas de réponse.

Pour calmer les souffrances, nous prescrivons un collutoire cocaïné et des irrigations d'eau de guimauve chaudes, nous prélevons du pus sur les ulcérations et sur le collet des dents aux fins d'examen bactériologique.

Le lendemain nous revoyons le malade. Loin de s'améliorer, l'état de la bouche s'est aggravé, disons tout de suite que rien du traitement prescrit n'a été suivi. A ce moment, nous avions examiné le pus prélevé la veille et constaté que pour quelques rares bacilles fuselés de Vincent, de plus nombreux spirilles, il existait, mêlés aux cellules de pus, d'abondants diplocoques en tout semblables au gonocoque, à telle enseigne que dans certains points des préparations, on aurait pu croire examiner une sécrétion uréthrale. Fort de ce renseignement, nous pressons alors M. K... de questions et il nous avoue ceci. Depuis 2 à 3 mois, il a pour maîtresse une jeune fille de 18 à 20 ans avec laquelle il a des relations fréquentes et dernièrement, à la suite d'une fête prolongée, il s'est livré sur elle au baiser vulvaire. Etant alors en déplacement, les soins de toilette pris de part et d'autre étaient sommaires et ce fut peu après cet incident qu'éclatèrent les premiers signes de stomatite de notre client.

Pour préciser d'ailleurs les faits, nous dirons que notre homme, possesseur d'une goutte chronique depuis six mois, goutte sujette à des recrudescences suivant la régularité ou l'irrégularité de vie de son porteur, a réussi à infecter sa femme légitime qui vient à ce moment nous consulter pour vaginite et endométrite aiguës et que dans les mêmes jours, il nous amène la maîtresse en question, atteinte de vaginite aiguë avec salpingite. Or, comme M. K... avait pris cette maîtresse saine, il l'avait d'abord infectée par sa goutte chronique et con-

(1) Il y a 10 ans environ que nous vîmes, en consultation avec un confrère, le premier cas de blennorrhagie buccale auquel nous faisons allusion. Malheureusement nous n'avons pas conservé de notes à son sujet. Mais son aspect clinique nous avait si vivement frappé, qu'en voyant notre second malade, d'emblée, nous pûmes soupçonner la nature de sa maladie. L'examen plus approfondi changeait bientôt ce soupçon en certitude.

sécutivement, dans des embrassements un peu pressants, avait infecté sa cavité buccale.

Comme il fallait en finir rapidement, le traitement fut institué avec rigueur. Trois fois le jour, on fait de grandes irrigations au permanganate de potasse à 1/4000 et matin et soir les ulcérations sont badigeonnées avec une solution aqueuse d'acide chromique à 1/50e. En 5 jours, la guérison totale de la stomatite est obtenue.

Réflexions. — Quelques points de cette observation méritent d'arrêter l'attention.

D'abord la façon dont M. K... parvint à contaminer sa cavité buccale. Porteur d'une vieille goutte à recrudescence, il contamine sa maîtresse ; les germes sur ce nouveau et jeune terrain récupèrent une nouvelle virulence et, par suite d'un contact aussi imprudent qu'excessif, lui reviennent et infectent sa cavité buccale avec une intensité peu commune.

Ensuite nous signalerons l'intensité extrême de l'irritation envahissant la muqueuse buccale dans sa totalité et se traduisant par une rougeur véritablement typique, rougeur vineuse avec aspect sec et vernissé du tégument. Symptôme remarquable, inoubliable si on l'a bien observé une fois et que, dans nos deux cas, nous avons vu exister avec la même intensité. Aussi, sans oser dire qu'il soit un signe pathognomonique de l'infection blennorrhagique de la bouche, doit-il toujours faire songer à la possibilité de cette infection quand on le rencontre.

Nous ajouterons, si nous en jugeons par les faits connus de nous, que les signes cliniques de l'infection blennorrhagique de la bouche sont souvent des signes d'allures graves et bruyantes, mais restant superficiels et facilement curables.

REVUE D'HYGIÈNE

La Question des Bouchons.

Il y avait en France une question qui divisait depuis dix ans les jeunes et les vieux bouchonniers. Une décision du conseil supérieur d'hygiène publique vient de mettre fin à ce conflit. Voici dans quelles circonstances cet événement s'est produit.

Trois ou quatre travailleurs ont obtenu la concession du nettoyage des grilles du grand égout collecteur, à son débouché dans la Seine, près de Clichy. Il ont été autorisés à établir des deux côtés de la grille des bas-flancs qui arrêtent les immondices et, toute la journée, debout dans leurs bachots, ils recueillent l'écume de l'eau, qui est très riche en matières grasses et les vieux bouchons qui sont très nombreux et très sales.

L'écume de l'eau, qu'ils appellent « mousse d'égout » est revendue à des industriels établis à Argenteuil ; ceux-ci fabriquent,avec les matières grasses qu'elle contient,des savons et des huiles. Quant aux vieux bouchons, ils sont livrés aux « retailleurs ». Une fois nettoyés, désinfectés, rajeunis, en un mot, ils font le même usage que les bouchons neufs. Ils ont même l'avantage de ne donner jamais au liquide le goût de bouchon et ne laissent pas tomber cette poussière brune, sorte de sciure, qui provient des défauts et des veines du liège.

Lorsque le vieux bouchon est en trop mauvais état et qu'il est impossible de réparer l'outrage des ans, il est utilisé soit à la fabrication du linoléum, soit à celle des briques isolantes, soit enfin à la confection du noir de fumée pour les encres d'imprimerie.

Or, le conflit qui existait entre les jeunes et les vieux bonchonniers depuis 1901 provenait de la concurrence que les retailleurs et ramasseurs de bouchons usés faisaient aux marchands de bouchons neufs. Ceux-ci saisirent le conseil de salubrité de la Seine du danger que pouvait présenter, pour l'hygiène publique, l'emploi des bouchons rajeunis.

Le 8 novembre 1901, le conseil de salubrité émettait l'avis « qu'il y aurait lieu d'interdire l'emploi, même après nettoyage et stérilisation, des bonchons recueillis sur la voie publique, dans les égouts et les cours d'eau, pour le bonchage des bouteilles ou récipients renfermant des liquides ou substances destinés à un usage alimentaire ».

C'était la ruine des vieux bouchonniers et des nettoyeurs des grilles du grand collecteur. Aussi ces derniers adressèrent-ils une protestation collective au préfet de police, qui demanda alors au conseil de salubrité de la Seine de reprendre l'étude de la question.

Le 26 décembre 1902, cette assemblée revenait sur sa première délibération et elle émettait cette fois l'avis que le rajeunissement et la vente des vieux bonchons pouvaient être autorisés, mais aux conditions spéciales suivantes :

« Les bonchons devraient être traités à l'ébullition, pendant nn quart d'heure au moins, dans l'eau additionnée de 2 0/0 de carbonate de soude.

« Ils devraient être maintenus, pendant quelques heures, dans l'eau acidulée par l'acide sulfurique, dans la proportion de 1 0/0. On les laverait ensuite, à plusieurs reprises, à l'eau bouillante. Pendant ces opérations, on aurait soin de maintenir les bouchons complètement immergés.

« La décoloration des bouchons par l'acide sulfureux ou le chlorure de chaux pourrait être employée, à condition de les débarrasser ensuite complètement des substances employées à cet effet.

« Enfin les bouchons ne seraient vendus qu'avec la mention suivante : bouchons rajeunis.

Le conseil supérieur d'hygiène publique de France fut appelé, le 25 mai 1908 — il y avait plus de sept ans que le conflit durait, — à donner à son tour son avis sur ces conclusions.

Il jugea qu'un quart d'heure d'ébullition ne pouvait avoir une action suffisante sur les germes contenus dans les vieux bouchons et il lui parut indispensable qu'ils fussent stérilisés, au sens bactériologique du mot.

Le conseil supérieur préconisait donc un traitement par la vapeur à 130° et maintenait l'obligation de la mention « bouchons rajeunis » tout en reconnaissant qu'il était impossible de différencier, pour dresser des contraventions aux délinquants, un bouchon rajeuni d'un bouchon neuf.

A la suite de ces conclusions, une circulaire datée du 17 juin 1908 fut adressée aux préfets par le ministre de l'intérieur, qui les invitait à prendre un arrêté, après avis du conseil départemental d'hygiène.

Or, plusieurs préfets ne crurent pas devoir se ranger à l'avis du conseil supérieur et prirent même des arrêtés contraires à cet avis.

C'est ainsi que les Alpes-Maritimes intérdisaient le ramassage des bouchons sur le bord de la mer et que ni la Loire ni la Haute-Garonne ne voulaient entendre parler de l'utilisation des vieux bouchons, même stérilisés. En revanche, les préfets du Nord et des Hautes-Pyrénées considérèrent comme stupidités les propositions du conseil de salubrité, c'est-à-dire l'ébullition par l'eau additionnée de carbonate de soude. Vingt et un départements seulement se rangèrent à l'avis du conseil supérieur d'hygiène.

Ce manque d'unité était regrettable, d'autant plus qu'il s'agissait d'appliquer des mesures de salubrité ; il était en outre préjudiciable aux intérêts dn commerce.

Aussi la chambre syndicale des fabricants de bouchons adressa-t-elle au préfet de police un long mémoire, qui le détermina à soumettre pour la troisième fois l'étude complète de la question au conseil de salubrité de la Seine.

Finalement, ce conseil a décidé que les vieux bouchons devaient être soumis à l'action de la vapeur fluente, sous pression de deux atmosphères an minimum et ce, pendant au moins vingt minntes ; il décida encore que ces bouchons ne pourraient être mis en venté qu'avec la mention « bouchons rajeunis stérilisés ».

Cette décision ne pouvait être dn goût des jeunes bonchonniers ; ils protestèrent, en déclarant que la mention « stérilisés » imposée aux vieux bouchons constituait pour ceux-ci une garantie de plns auprès du public.

Certes, au point de vue de l'hygiène, il n'y aurait aucun inconvénient, bien au contraire, à ce que les jennes bonchonniers fussent contraints de suivre l'exemple des vieux bouchonniers. Néanmoins le conseil supérieur d'hygiène, dans les conclnsions qu'il vient d'adopter, n'a pas maintenu le mot « stérilisé », mais il a exigé la stérilisation.

CARNET DU PRATICIEN

Eczéma de la barbe et des sourcils

Pendant la nuit cataplasmes de fécule.

Pendant le jour, onctions avec :

Turbith minéral	1 gramme
Vaseline pure	20 —

Ou bien :

Soufre précité	de 5 à 10 grammes
Vaseline	50 —

Brocq.

Indications des Stations hydrominérales et climatiques

En romain. — *Stations hydrominérales possédant un établissement et des hôtels et vendant de l'eau en bouteille.*

En romain souligné d'un trait. — *Stations hydro ayant établissement et hôtels, mais n'expédiant* pas *d'eau.*

En «italique». — *Stations vendant de l'eau minérale ne possédant ni hôtels ni établissement hydrominéral.*

Albuminuries. — Saint-Nectaire.
Anémie. — Cauterets, Lamalon, La Bourboule.
Arthritisme. — Contrexéville, Cauterets, Mont-Dore.
Artério-sclérose. — Plombières, Brides.
Asthme. — Mont-Dore, Cauterets, La Bourboule.
Bronchites. — Canterets.
Bronchites chroniques. — Cauterets, Mont-Dore, La Bourboule.
Coliques hépatiques. — Contrexéville.
Constipation. — Cauterets, Châtel-Guyou.
Coryza chronique. — Mont-Dore, Cauterets, La Bourboule, Fumades
Dermatoses. — Saint-Christau, La Bourboule, Fumades.
Diabètes. — Contrexéville, La Bourboule, Vichy.
Dyspepsies. — Plombières, Cauterets.
Emphysème. — Mont-Dore, La Bourboule.
Entérites. — Châtel-Guyon, Brides, Cauterets, Plombières
Estomac. — Vichy, Plombières.
Foie. — Coutrexéville, Brides.
Gorge. — Mont-Dore, Luchon, Cauterets, La Bourboule, Fumades.
Goutte. — Contrexéville, Martigny, Aix-les-Bains.
Gravelle urique. — Contrexéville, Châtel-Guyon, Vichy.
Laryngites. — Canterets, La Bourbou, le Fumades.
Leucoplasie. — Saint-Christau.
Lymphatisme. — Salins-Moutiers.
Métrites. — Plombières, Salins-Moutiers, Fumades.
Névralgies. — Plombières.
Nez. — Mont-Dore, Cauterets, La Bourboule, Fumades.
Obésité. — Brides-les-Bains.
Reins (Lavage). — Contrexéville.
Rhumatismes. — Aix-les-Bains, Plombières, Cauterets. Dax.
Rhume des Foins. — Mont-Dore, La Bourboule.
Sciatique. — Aix-les-Bains.
Syphilis. — Cauterets, Aix-les-Bains.

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 17.500 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 35, rue J.-J. Rousseau

Le Gérant : Docteur Lucien Graux.

VILLES DE SAISON

CE QUI SE PASSE

A Leysin :

M. le Dr Sillig, médecin du Sanatorium populaire a été nommé médecin du sanatorium du Chamossaire ; M. le Dr Burnand, médecin-adjoint du sanatorium du Mont-Blanc, a été nommé médecin du Sanatorium Populaire.

Avant de quitter cette station climatérique dont l'importance grandit chaque jour, signalons deux initiatives intéressantes : l'Œuvre de Sainte-Agnès, fondée par le Dr Meyer et destinée aux jeunes filles pauvres et malades, et l'Assistance par le travail, créée par le Dr Burnand, qui permet de retenir les ouvriers guéris mais qui ont encore besoin de quelques ménagements ; dans des ateliers organisés par l'œuvre, ils gagnent le prix de leur pension, et peuvent attendre un complet rétablissement.

ÉCHOS

Une grève d'internes.

Un incident s'est produit à l'hôpital civil de Toulon. A la suite d'une fête donnée par les internes en l'honneur de leurs camarades entrés à l'école de santé de Bordeaux, la commission administrative a pris des mesures en révoquant deux d'entre eux. Les camarades de ces derniers se sont solidarisés avec eux et ont adressé leur démission collective au président de la commission, donnant l'assurance au médecin résident qu'ils continueront le service jusqu'à l'acceptation de leur démission.

L'origine des épidémies récentes de peste au golfe persique.

Cette question a été l'objet d'une discussion documentée au Conseil sanitaire de l'Empire de Perse, et à la suite de laquelle cette assemblée a été d'avis :

1° Que la question de l'origine des diverses épidémies de peste qui ont éclaté aux ports persans du Golfe persique n'est pas décidée ;

2° Que la supposition que l'infection a été importée en Perse par les pêcheurs de perles n'est pas du tout bien fondée ;

3° Que la théorie que l'infection a été importée en Perse du côté arabe manque aussi de confirmation ;

4° Que, vue l'importance de la question sur tous ses rapports, humanitaires et scientifiques, il est à désirer que le médecin chef du service sanitaire du Golfe persique fournisse prochainement ses observations sur l'origine des dites épidémies.

Exemple à suivre.

Une consultation de nourrissons dans un collège de jeunes filles à Abbeville.

Cette œuvre qui fonctionne depuis trois ans apparait très nettement comme une œuvre originale parmi ses similaires et susceptible d'intéresser quiconque suit les progrès de la puériculture en France.

C'est plutôt une œuvre d'assistance qu'une consultation médicale. Chaque semaine l'enfant est amené, pesé. Le médecin donne aux mères une direction rationnelle sur l'élevage, relève les fautes commises dans le règlement alimentaire et indique une ligne de conduite à suivre pour l'avenir.

Il y a fréquemment des distributions d'objets de layette, d'habillement ou de literie dont les matériaux sont acquis avec le produit des cotisations de l'association et dont la confection est assurée par les élèves.

Depuis les plus petites jusqu'aux plus grandes, toutes dans la mesure de leurs moyens, agissent par elles-mêmes et se préparent sans s'en douter à leur rôle futur dans la famille.

Environ 38.44 0/0 des enfants qui naissent à Abbeville fréquentent la consultation.

Il a été distribué en 1909, 2.744 objets de layette et en 1910, 2.102. Il a été fait un nombre égal de pesées. La moitié environ des enfants viennent dès le premier mois.

Les bacilles pesteux dans l'organisme des punaises.

Une souris inoculée avec le bacille pesteux meurt au bout de trois jours. Trois heures avant la mort on pose sur cette souris 13 punaises. Après 83 jours, 2 seulement survivent ; or, à l'examen direct des frottis préparés avec le sang de ces punaises, on constate la présence de bacilles pesteux vivants.

C'est un fait qui ne manque pas d'importance au point de vue épidémiologique (Klodnitzky et Gordansky).

L'importation des sels de quinine en Italie.

L'Italie, où le paludisme est encore très répandu, fait une grande consommation de sels de quinine.

Naturellement, les plus fortes quantités sont vendues par l'Etat qui a rendu obligatoire la vente de ce produit dans tous les bureaux de la régie, aussi bien dans les zones indemnes de « malaria » que dans celles où cette maladie fait encore trop de victimes.

Les sels de quinine sont en très grande partie fournis par l'étranger, et spécialement par l'Allemagne. Voici, en effet, les chiffres de l'importation pendant les dernières années :

	TOTAL	IMPORTATION d'Allemagne	IMPORTATION de France
1905....	22.378k	13.480	1.918
1906 ...	28.949	15.138	956
1907. ..	36.358	18 969	2.034
1908....	78.805	53.882	1.021
1909....	25. 89	23.246	994
1910 ...	38.011	25.179	1.472

Comme on le voit, la France qui, dans les produits pharmaceutiques en général, fait un chiffre considérable, reste en arrière pour les sels de quinine dont l'importation totale, en valeur, a atteint presque 3 millions en 1908.

Après la baisse qui s'est produite l'année suivante, une reprise a eu lieu en 1910, et s'est accentuée pendant les premiers mois de cette année.

C'est donc un article intéressant sur lequel le *Bulletin de la Chambre de commerce française* de Milan attire l'attention de nos industriels explorateurs qui devraient essayer d'obtenir les grosses fournitures à l'Etat.

Les sels de quinine sont soumis au droit de douane de L. 5 les 100 kilos.

Un procédé à recommander.

Une des peuplades du centre de l'Afrique a une coutume pleine de sagesse. Les membres de cette tribu ont imaginé un moyen radical de couper court à la prolixité de leurs palabreurs. Quand un membre de la tribu parle en public, il doit se tenir sur une jambe pendant toute la durée de son discours. On imagine aisément la concision de tous les orateurs. Pourquoi, dans les assemblées générales médicales où la prolixité des orateurs est proverbiale, n'adopterait-on pas le procédé des Botocudos ?

La solde des médecins militaires.

Le *Journal officiel* vient de publier les décrets portant augmentation de la solde des capitaines et assimilés et des lieutenants et assimilés, en vertu de la loi de finances du 13 juillet 1911.

On sait que cette loi a prévu au budget de la guerre les crédits nécessaires pour relever, à compter du 1er octobre 1911, la solde des capitaines et assimilés des troupes métropolitaines et des troupes coloniales aux taux suivants :

Avant quatre ans de grade, 303 francs net par mois.

Après quatre ans de grade ou après vingt ans de services, 345 francs net par mois.

Après huit ans de grade ou après quatre ans de grade et vingt-cinq ans de services, 387 francs net par mois.

Après douze ans de grade ou après huit ans de grade et trente ans de services, 447 francs net par mois.

Ces crédits permettent, en outre, de porter à 303 francs à compter de la même date la solde des lieutenants après huit ans de grade et vingt ans de service (fixée provisoirement à 291 francs par les décrets du 2 août 1910) et de faire bénéficier du relèvement accordé aux lieutenants et capitaines de l'armée active les officiers de même grade de la réserve, de l'armée territoriale et de la non-activité.

Dès maintenant les officiers de réserve et de l'armée territoriale toucheront donc la même solde que les officiers de l'armée active ayant moins de quatre ans de grade soit :

Capitaines et médecins-majors de deuxième classe : par mois, 303 francs ; par jour, 10 fr 10.

Lieutenants et médecins aides-majors de première classe : par mois, 249 francs ; par jour, 8 fr 30.

Les sous-lieutenants et médecins aides-majors de deuxième classe reçoivent la solde dite « avant six ans de service » (décret du 2 août 1910), soit par mois, 201 francs ; par jour, 6 fr. 70.

Nos articles.

Nous rappelons que la reproduction de nos articles est absolument autorisée.

82e Année (Série XIIIe) — N° 119 Le Numéro : 25 Centimes Mercredi 8 Novembre 1911

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
9, Rue Denis-Poisson, PARIS
TÉLÉPHONE : 573-40

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale......... 15 fr.
Edition Espagnole.... 10 fr.
Edition Portugaise.... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

ÉCHOS

Ministère de l'Intérieur.

Une place d'auditeur au Conseil supérieur d'hygiène publique de France est déclarée vacante.

Le ministre nomme les auditeurs sur une liste double de présentation dressée par le Conseil supérieur. Le règlement intérieur de cette assemblée prescrit que les places d'auditeur sont réparties entre diverses catégories de savants, savoir : 1° les médecins; 2° les bactériologistes; 3° les chimistes physiciens et pharmaciens; 4° les fonctionnaires sanitaires; 5° les hydrologues et géologues; 6° les ingénieurs et architectes.

La vacance actuelle s'est produite, par la mort de M. le Dr Griffon, parmi les places d'auditeur réservées aux médecins; c'est donc parmi les médecins que les candidats à présenter au ministre seront choisis par le Conseil supérieur.

Les candidats sont invités à produire leur demande accompagnée de leurs titres dans un délai expirant le 12 novembre 1911, au ministère de l'Intérieur (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques) (4e bureau).

Faculté de médecine de Bordeaux

Mme Lore-Marquet, décédée à Bordeaux, le 16 juin 1910, a légué à l'Université de Bordeaux, une somme de 100.000 francs pour l'achat d'un titre de rente 3 0/0 sur l'Etat, dont les arrérages seront distribués chaque année aux jeunes gens qui auront obtenu, avant l'âge de vingt-cinq ans, le diplôme de docteur en médecine de la Faculté de Bordeaux avec la mention *très bien*.

En conséquence, les jeunes docteurs appelés, à partir du mois de novembre 1911, par leur âge et la note obtenue à l'examen de thèse, à bénéficier du legs, sont invités à faire constater au Secrétariat de la Faculté, dans le plus bref délai après la soutenance, leurs droits au partage des arrérages de l'année.

Ces arrérages seront distribués à la fin de l'année scolaire, dès que le Conseil de la Faculté ou la Commission scolaire déléguée à cet effet, aura constaté, par l'examen des dates de naissance et des procès-verbaux des soutenances de thèses de l'année scolaire, que les jeunes docteurs bénéficiaires des avantages de la fondation remplissent exactement les conditions stipulées par la testatrice.

Les intéressés devront retirer au Secrétariat de la Faculté de médecine, ou faire retirer par une personne munie de leur autorisation écrite, à partir du 5 août de chaque année, les mandats de paiement établis en leur nom.

— MM. Puneet, Villar, Napéchou, sont nommés aides d'anatomie titulaires. MM. Doré, Coller, Cavallier, Goeré, sont nommés aides d'anatomie suppléants.

Clinicat obstétrical.

Sont nommés chefs de clinique titulaires, MM. Chirié, Pottet, Villette; chefs de clinique adjoints, MM. Lévy, Mariotou.

Fondation de l'Association des médecins de langue française.

Le dimanche 22 octobre, les membres du XIIIe Congrès français de médecine ayant adhéré au projet de fondation d'une « Association des médecins de langue française » (titre préféré par la majorité à celui proposé par quelques-uns d'« Association de médecine ») ont tenu deux réunions au cours desquelles ont été discutés et votés les différents articles des statuts et du règlement intérieur.

An moment où s'ouvrait le Congrès, la fondation de l'Association permanente des médecins de langue française était chose faite et l'on peut en espérer les plus heureux résultats pour la diffusion de la médecine française et de l'influence scientifique de notre pays au delà des frontières.

Ont pris part à ces réunions, sous la présidence du professeur Teissier :

MM. Landouzy, Chauffard, Gilbert-Ballet, Pierre Teissier, Rénon, Netter, Gaillard, Balzer, Guillain, Marcel Labbé, Barié, Lereboullet, Granjux, Laignel-Lavastine, Lafforgue, Gastou, etc. (de Paris); Bard (de Genève); Maragliano, Mariani (de Gênes), Henrijean, Beco (de Liège), His (de Berlin), Flocken (de Strasbourg), Bernheim, Parisot (de Nancy), Grasset, Carrieu (de Montpellier), Minet, Carrière (de Lille), Pitres, Cruchet (de Bordeaux), Mossé (de Toulouse), Crespin (d'Alger), Roque, Paul Courmont, Jules Courmont, Andry, Weill, Guiard, Hugonnenq, Lannois, Morel, Barjon, Cade, Arloing, Mayet, Thévenot, Cordier, Mollard, Bonnet, Pallasse, etc. (de Lyon), Gimbert (de Cannes), Chanvet (de Royat), Dufour (de Vichy), Courtellemont (d'Amiens), Porge (de Saint-Nectaire), etc., etc.

L'Association sera dirigée par un *Comité directeur* de six membres — MM. Chauffard, Grasset, Landouzy, Mayor, Teissier, ont été élus — et un secrétaire général qui sera probablement M. le professeur Bard.

En outre du Comité directeur, l'Association aura un *Conseil d'administration* qui comprendra : 1° Le Comité directeur; 2° le Bureau du Congrès précédent; 3° le Bureau du Congrès suivant; 4° les anciens présidents et les anciens secrétaires généraux des Congrès antérieurs.

Les statuts de l'Association des médecins de langue française ont été déposés à la préfecture du Rhône et le siège social en est Lyon.

Le Congrès de 1912 se tiendra à Paris.

Son bureau est composé de MM. Chauffard, *président*; Gilbert-Ballet et Gaillard, *vice-présidents*; Pierre Teissier, *secrétaire général*; Thibierge, *trésorier*.

Les questions mises à l'ordre du jour et devant faire l'objet de rapports sont :

1° Les colites infectieuses aiguës;
2° Oxalurie et oxalémie;
3° Traitement des syndromes hémorragiques.

Société contre l'abus du tabac

La Société contre l'abus du tabac rappelle que le nouveau concours qu'elle a ouvert pour 1911 sera clos le 31 décembre prochain, époque à laquelle les mémoires devront être parvenus à son siège. Voici quelle est la question posée pour le prix de médecine : « Quels sont les meilleurs moyens à employer pour supprimer l'usage du tabac chez les fumeurs? »

Le programme faisant connaître la valeur des prix et les conditions du concours sera envoyé gratuitement sur demande adressée au président, 12, rue Jacob, Paris.

Annuaire de l'Internat

Le bureau de l'Association amicale des anciens internes des hôpitaux de Paris a décidé la publication en 1912 d'une nouvelle édition de l'Annuaire.

La Société d'Evian-Cachat a bien voulu prendre à sa charge les dépenses nécessitées par cette édition, qu'elle offrira gracieusement à tous les internes et anciens internes, sous la forme élégante qu'elle avait donnée à l'édition de 1907.

Pour arriver à une correction plus parfaite, le bureau de l'Association prie les collègues (de France et de l'étranger), pour lesquels les mentions portées sur l'Annuaire de 1907, sont incorrectes, incomplètes ou absentes, de vouloir bien adresser le plus tôt possible leur carte de visite, avec mention du prénom usuel, de la promotion d'internat et de l'adresse exacte à M. G. Steinbel, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne, qui concentre tous les éléments du volume.

Le Diagnostic de la Tuberculose chez l'enfant PAR LA RECHERCHE DU BACILLE DE KOCH

Par M. le Dr P. NOBÉCOURT (de Paris)

Tous les médecins connaissent les difficultés que comporte le diagnostic de la tuberculose. Déjà délicat chez l'adulte, ce diagnostic constitue chez l'enfant un problème qui reste trop souvent insoluble ; les modalités particulières que revêt chez lui l'infection bacillaire, les conditions défavorables à un examen minutieux tenant au jeune âge des malades en sont des raisons suffisantes.

Sans doute la clinique peut à elle seule dépister on éliminer la tuberculose. Mais, même dans des cas où tous les éléments d'appréciation paraissaient entraîner une quasi-certitude, à qui n'est-il pas arrivé de poser des conclusions démenties plus tard par l'évolution de la maladie ou par l'autopsie ?

Aussi doit-on constamment avoir recours aux procédés expérimentaux et aux recherches de laboratoire pour établir un diagnostic.

La recherche des bacilles tuberculeux est pratiquée couramment depuis la découverte de Koch. Les techniques ressortissent à trois groupes :

1° La *bactérioscopie*, c'est-à-dire l'examen microscopique des produits supposés bacillifères, après fixation et coloration suivant certains procédés, pour éviter, d'une part, la non-coloration des bacilles, d'autre part la confusion avec des bacilles acido-résistants non tuberculeux ;

2° La *culture* sur des milieux appropriés ;

3° *L'inoculation* au cobaye et quelquefois au lapin.

Ces méthodes ont chacune leurs avantages et leurs indications ; souvent, d'ailleurs, on les emploie simultanément à titre de contrôle. Leur étude rentre dans celle de la technique bactériologique générale et leur application ne présente rien de spécial à l'âge des malades pour qui on les utilise. Il ne convient donc pas de s'y attarder dans ce rapport.

Ce qui importe, par contre, au médecin d'enfants, instruit déjà des méthodes générales, c'est d'être fixé sur les conditions particulières que crée le jeune âge des malades pour la recherche des bacilles. Il faut envisager le matériel sur lequel peuvent et doivent porter les examens, les moyens de prélever et d'utiliser ce matériel. Il faut, en outre, exposer les résultats obtenus jusqu'à présent, pour en tirer les déductions que le clinicien est en droit de faire en présence de constatations positives ou négatives. A ces différents points de vue, la médecine infantile possède des données qui lui sont propres.

C'est ainsi souvent que l'expectoration pulmonaire doit être cherchée dans le pharynx, l'estomac ou les selles ; que le sang doit être prélevé à l'aide de sangsues, faute de veines suffisamment volumineuses pour être ponctionnées.

La constatation des bacilles de Koch par la bacilloscopie et surtout par l'inoculation démontre la nature tuberculeuse d'un certain nombre d'affections du revêtement cutanéo-muqueux. Avec certaines d'entre elles, les résultats positifs sont assez constants pour que leur absence acquière une valeur diagnostique ; dans la plupart, ils sont trop inconstants pour avoir une réelle importance clinique.

La constatation du bacille de Koch par la bacilloscopie et mieux par l'inoculation nostic de la tuberculose du pharynx ; elle permet de déceler la nature tuberculeuse de certaines hypertrophies du tissu lymphoïde du pharynx, ou tout au moins l'existence d'un processus bacillaire à leur niveau.

La constatation du bacille de Koch par la bacilloscopie, et mieux par l'inoculation, confirme le diagnostic des affections tuberculeuses des ganglions, des os, des articulations, des gaînes tendineuses et des bourses séreuses ; elle permet de reconnaître la nature tuberculeuse nullement évidente de certaines d'entre elles. Dans d'autres cas, des résultats négatifs font rejeter le diagnostic de tuberculose. Toutefois, quand il s'agit d'arthropathies séreuses, les examens négatifs n'ont guère de valeur démonstrative.

La constatation du bacille de Koch par la bactérioscopie et mieux par l'inoculation vérifie la nature tuberculeuse des épanchements de la plèvre et du péritoine. Il semble que les résultats positifs soient assez constants pour donner une certaine valeur aux faits négatifs ; toutefois, avant de conclure des observations publiées à la fréquence des pleurésies séro-fibrineuses non tuberculeuses chez l'enfant, il convient que de nouvelles recherches soient poursuivies.

La constatation du bacille de Koch dans le liquide céphalo-rachidien par la bacilloscopie et surtout par l'inoculation est presque la règle au cours des méningites tuberculeuses. Les résultats négatifs ont donc, en général, une grande valeur pour éliminer le diagnostic de cette affection.

Le bacille de Koch peut être décelé dans le liquide céphalo-rachidien :

1° Par la bactérioscopie ;

2° Par la culture ;

3° Par l'inoculation au cobaye.

1° *Bactérioscopie*. — Pour rechercher le bacille de Koch par l'examen microscopique, on centrifuge une certaine quantité de liquide céphalo-rachidien (5 cc. au moins, si on le peut) dans un tube effilé. La centrifugation doit être faite le plus tôt possible après la ponction et prolongée pendant vingt minutes et plus. On prélève avec un fil de platine les flocons de fibrine accolés aux parois et on les dissocie sur une lame de verre fortement chauffée pour faciliter l'adhérence, puis on dépose sur la fibrine étalée le culot de centrifugation recueilli avec une fine pipette. Le champ doit avoir un diamètre de 2 ou 3 millimètres au plus. On fixe à la flamme et on colore par les procédés habituels.

L'examen au microscope doit avoir été poursuivi pendant une vingtaine de minutes et avoir porté sur toute la préparation avant d'être déclaré négatif. Dans la pratique il est difficile de le prolonger plus longtemps ; cependant certains auteurs ont quelquefois pu déceler des bacilles seulement après plusieurs heures de recherches.

Les bacilles se présentent avec leur aspect habituel. Ils sont isolés ou par groupes de deux on trois. Avec ce procédé on trouverait le bacille de Koch dans environ 90 0/0 des cas de méningite tuberculeuse.

Pour faciliter la constatation du bacille de Koch, Langer (1899) et Trembur (1911) conseillent le procédé d'enrichissement suivant : le liquide, recueilli aseptiquement, est placé à l'étuve à 37°. Dès le deuxième jour, et surtout le quatrième ou le cinquième, le nombre des bacilles trouvés dans les préparations est plus grand et il est possible d'en déceler, alors que l'examen immédiat était demeuré négatif. Netter et A. Gendron ont vérifié le fait dans deux cas.

J'ai appliqué moi-même ce procédé dans quatre cas de méningite tuberculeuse, dont trois vérifiés à l'autopsie, le dernier enfant ayant été emmené mourant de l'hôpital. Les liquides céphalo-rachidiens étaient riches en lymphocytes ; trois fois je n'ai pas trouvé de bacilles de Koch, même après quarante-huit heures d'étuve ; une fois, alors que l'examen immédiat était négatif, j'ai rencontré après trois jours d'étuve un petit groupe de trois bacilles tuberculeux.

2° *Cultures*. — Les ensemencements du liquide céphalo-rachidien provenant de méningites tuberculeuses fournissent des résultats constants. Cependant, ce procédé est plus délicat à appliquer dans la pratique que l'inoculation au cobaye et avec celle-ci les renseignements sont aussi rapides.

3° *Inoculations*. — Le cobaye est l'animal de choix pour la recherche du bacille de Koch dans le liquide céphalo-rachidien. On peut injecter le liquide, soit dans le péritoine et sacrifier l'animal au bout de vingt ou trente jours ; soit dans le tissu cellulaire sous-cutané de la cuisse, ce qui provoque en une quinzaine de jours l'apparition d'un chancre d'inoculation et d'un ganglion inguinal ; soit encore dans la mamelle d'une femelle en lactation ce qui permet de constater, du huitième au quinzième jour, des bacilles dans le lait (Nattan-Larrier et Griffon).

Les inoculations donnent presque toujours des résultats positifs, grâce à la grande virulence du liquide céphalo-rachidien pour le cobaye. Celui-ci est beaucoup plus facilement tuberculisé qu'avec les liquides de pleurésies et de péritonites. En général, de petites quantités de ce liquide sont suffisantes. Toutefois, il est prudent d'injecter 5 ou 10 cc. de liquide.

La recherche des bacilles de Koch dans l'expectoration rend chaque jour aux médecins des services inappréciables pour le diagnostic de la *tuberculose pulmonaire*. Quand il s'agit d'adultes qui crachent, le matériel est facile à se procurer. Il en est de même chez les enfants qui ont dépassé six ou sept ans ; mais, chez les plus jeunes sujets, qui n'expectorent pas, des conditions particulières résultent de la difficulté d'obtenir ce matériel. C'est là une question spéciale à l'enfance.

Si les jeunes enfants ne crachent pas, c'est parce qu'ils ne savent pas le faire. Les matières qui s'accumulent dans leurs voies respiratoires sont amenées dans le pharynx. Là, au lieu d'être expulsées au dehors, elles sont dégluties. Suivant l'expression bien connue, les enfants « crachent dans leur estomac ».

Pour prélever les crachats, il faut donc aller les chercher, soit dans le pharynx, soit dans l'estomac, soit enfin dans les matières fécales où ils se retrouvent après la traversée du tube digestif. Ces différents procédés

de prélèvement ont été proposés et peuvent être utilisés.

A. — *Prélèvement des crachats dans le pharynx*. — Il est assez facile de prélever des crachats dans le pharynx buccal.

Demne (1883) va les recueillir avec le doigt.

Kauffmann (1892) enfonce une sonde de Nélaton jusqu'à la base de la langue, provoque la toux et recueille le crachat avec la sonde.

Morkowitine (1889) introduit l'index de la main gauche sur le dos de la langue jusqu'à l'épiglotte et vient toucher le cartilage aryténoïde droit. Avec la main droite, il fait pénétrer un petit tampon d'ouate hydrophile monté sur un porte-tampon laryngien jusqu'à la glotte ; une secousse de toux se produit et les mucosités sont projetées sur le tampon.

Bulius (1889) utilise une sonde recourbée recouverte d'ouate hydrophile.

Quel que soit le procédé auquel on a recours, on traite les mucosités recueillies de la même façon que les crachats prélevés dans un crachoir.

La constatation du bacille de Koch peut être faite dans les mucosités prélevées dans le pharynx. Cependant les résultats obtenus sont assez inconstants ; H. Meunier, par exemple, de cette façon, n'a pas trouvé de bacilles dans un cas de phtisie avérée, confirmée par l'autopsie.

B. — *Prélèvement des crachats dans l'estomac*. — C'est dans l'estomac qu'Henri Meunier a conseillé, en 1908, d'aller chercher par un simple lavage les crachats déglutis.

Le procédé est très simple, et d'autant plus simple que l'enfant est plus jeune. On supprime l'alimentation pendant cinq ou six heures et on pratique, de la façon usuelle, le lavage de l'estomac, le matin à jeun, quelques instants après la toux qui suit presque toujours le réveil. Le liquide est recueilli dans un verre, où l'on voit surnager des parcelles de sécrétions bronchiques. On les prélève et on les traite comme des crachats ordinaires. Le contact du suc gastrique ne modifie pas les caractères morphologiques et les propriétés chromophiles du bacille tuberculeux.

Si, pour des raisons diverses, on hésite à pratiquer le lavage de l'estomac, manœuvre absolument inoffensive et facile à réaliser chez le nourrisson, on peut avoir recours à l'administration d'un vomitif (ipéca), dans les mêmes conditions. Bertherand, qui a utilisé ce procédé avec succès, reproche, avec raison, au vomitif son action déprimante sur un bébé souvent affaibli.

Les résultats obtenus par la bacilloscopie des crachats extraits de l'estomac sont très intéressants pour le diagnostic de la tuberculose pulmonaire chez l'enfant.

Pour ma part j'ai eu, depuis 1898, recours quotidiennement, avec le prof. Hutinel, au procédé de Meunier et toujours avec de bons résultats. Il me paraît donc légitime de conclure avec Zuber, qui l'a expérimenté personnellement, que c'est « le procédé de choix », tout au moins un procédé pratique et fidèle.

Enfin, la constatation d'une bacillémie tuberculeuse par la bacilloscopie ou par l'inoculation du sang permet de reconnaître certaines formes de tuberculose aiguë. Mais cette constatation est trop rare pour avoir une valeur diagnostique réelle.

Dans toutes les circonstances qui viennent d'être passées en revue, la bacilloscopie permet seule de porter un diagnostic rapide, et l'inoculation donne des renseignements souvent trop tardifs. La première doit donc être pratiquée toutes les fois que faire se peut, quand il est urgent de porter un diagnostic, mais la seconde ne doit pas être négligée ; elle ne fait pas double emploi avec la bacilloscopie ; elle la contrôle et la complète ; elle doit être faite toutes les fois qu'on cherche à préciser le rôle du bacille de Koch dans certaines affections à étiologie douteuse. Sous ce rapport, au point de vue nosographique, la recherche du bacille, de Koch, d'une façon systématique, mérite d'être poursuivie chez l'enfant ; elle n'a pas encore fourni tous les renseignements qu'on est en droit de lui demander.

L'Aliénation mentale cause de Divorce (1)

(SUITE DE NOTRE ENQUÊTE)

LXIV

M. le docteur Trénel nous fait parvenir pour notre enquête la très importante consultation suivante ayant pour titre « Divorce pour cause d'aliénation mentale d'après la jurisprudence allemande ». (Article 1569 du nouveau Code civil.)

En 1882, pendant la préparation de la loi sur le divorce, la Société médico-psychologique ne fut pas consultée à propos de l'amendement Guillot admettant l'aliénation mentale comme cause de divorce. Elle ne s'occupa de la question qu'après que Blanche lui eut communiqué son rapport à la Commission législative.

Il serait utile, aujourd'hui, que la Société prît les devants en faisant connaître les opinions de ses membres avant la mise à l'ordre du jour de la Chambre des projets déposés par MM. Colin et Viollette, et que la discussion que MM. Juquelier et Fillassier ont ouverte ici d'une façon si opportune et sous une forme si intéressante soit élargie et complétée (2).

Dans le rapport de Blanche et dans les discussions auxquelles il a donné lieu (3), il semble que l'on se soit écarté de la question purement médicale et que la question, disons de sentiment, ait primé celle-ci. On ne s'est pas appuyé sur les faits (ou si peu), mais sur les théories, et Delasiauve a pu aller jusqu'à dire qu'il n'y avait là que « théories vaporeuses » et que « phraséologie ». Déjà à cette époque si l'on avait consulté la littérature médico-légale étrangère, on aurait pu raisonner non pas dans l'espace, mais sur des réalités et sur des cas étudiés médicalement et tranchés judiciairement. Ces cas se sont multipliés depuis l'application du nouveau Code civil allemand de 1900; observés avec la conscience de nos collègues allemands, analysés avec la recherche du détail qui caractérise leurs pénétrantes études, ils constituent une précieuse documentation clinique; et, au point de vue judiciaire, « il y a des juges à Berlin ». Ce sont les rapports de ces aliénistes et les considérants de ces juges qui doivent servir de base à une étude sur une question qui, si elle divise les consciences pour diverses raisons des plus respectables, doit être envisagée froidement et jugée scientifiquement sur les données de l'expérience.

Ce n'est pas par des hypothèses que l'on peut l'aborder. Les cas possibles sont innombrables et leurs détails échappent à toute précision. La question doit être envisagée au point de vue le plus général et c'est seulement la pratique qui déterminera la jurisprudence par la connaissance des faits particuliers.

Aussi, sans nous livrer à une discussion sur le fond même de la question, avons nous pensé qu'il serait utile de faire connaître un certain nombre de cas concrets. Nous en donnerons plusieurs *in extenso* comme types et résumerons rapidement les autres. Nous aurions voulu dresser un catalogue plus complet de ces faits, nous sommes obligés de nous borner (1).

Dans cette étude, nous prendrons comme guide le travail primordial de Bresler et l'importante monographie de Schultze (2). La plupart des documents sont tirés de la *Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift de Bresler*.

C'est en 1910, que le nouveau Code civil allemand a généralisé une disposition existant dans divers Codes des États allemands (Prusse, etc.) et a admis le divorce pour cause d'aliénation mentale. L'article 1569 est ainsi conçu :

Un époux peut demander le divorce, lorsque l'autre époux est atteint de maladie mentale, que la maladie a, pendant le mariage, duré au moins trois ans et a atteint un tel degré que la communauté mentale entre les époux a disparu, et aussi qu'est exclue toute perspective de rétablissement de cette communauté.

Comme le dit Schultze, cet article envisage les faits dans le passé, le présent et l'avenir. Dans le passé, la maladie doit avoir duré trois ans; dans le présent, elle doit avoir fait disparaître la communauté mentale entre les époux; dans l'avenir, cet état ne paraît pas devoir changer.

La fixation légale de la *durée de la maladie à trois ans* répond bien à la réalité des faits. Il est de science commune que les guérisons des troubles mentaux présentent un maximum dans la première année; elles sont moins nombreuses dans la deuxième année; la courbe s'abaisse beaucoup dans la troisième et, à partir de la quatrième, on n'observe plus que quelques cas isolés, comme nous le verrons; au delà de ce terme, les guérisons — ou soi-disant telles — sont des raretés. Il est certain que le terme de trois ans n'est qu'approximatif, empirique et n'a que la valeur que prennent les déterminations juridiques et médico-légales d'espèce analogue. On pourrait comparer par exemple aux limites établies pour la légitimité de la grossesse, ou à l'époque de la consolidation dans les accidents du travail, ou encore à un point de vue, aux délais impartis pour admettre la disparition d'un absent. Mais ce n'est pas ce point que nous voulons étudier.

* * *

Nous nous occuperons surtout de la question *la communauté mentale*.

Le terme « communauté mentale » pourra paraître vague et obscur : obscur, car qu'est-ce que la communauté mentale? vague, car où commence et où finit la communauté entre deux individus? C'est en effet un de ces termes abstraits chers à la psychologie allemande et qui effraient l'esprit français enclin à n'admettre que

---

(1) Voir le numéro du 1er mars de la *Gazette Médicale de Paris* contenant la Proposition de loi de M. Maurice Viollette, député, ainsi que les numéros suivants concernant le début de notre enquête et les réponses reçues.

(2) Juquelier et Fillassier. Soc. médico-psych. *Annales médico-psychologiques*, 1911, p. 91, 274, 449. — Lire l'article de ces auteurs. *Revue Bleue*, t. XLVIII, nº 6, 11 février 1911. — Régis. *Ann. médico-psych.*, 1911, p. 481 et *Encéphale*, 1911.

(3) *Annales médico-psychologiques*, 1882. — *Encéphale*, 1882.

(1) Consulter la collection de la Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift (Material zur § 1569. Ehescheidung wegen Geisteskrankheiten).

(2) Bresler. Die Rechtpraxis der Ehescheidung bei Geisteskrankheit u. Trunksucht (Marhold. Halle, 1902). — Schultze. Code civil, 3e partie, chap. 4 *in* Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie Krafft-Ebing, Hoche. Hirschwald, Berlin, 1909. (*Bibliographie considérable.*)

des réalités concrètes. Mais ici ce vague, cette obscurité, ont été voulus.

Deux opinions se sont en effet opposées l'une à l'autre dans la discussion de la loi et certains ont voulu que seule la *nuit intellectuelle* pût permettre la recherche du divorce et, même après la promulgation de loi, un tribunal, au début de l'application, a repoussé une demande de divorce parce que le malade ne présentait pas ces ténèbres intellectuelles.

Nous ne saurions mieux exposer cette question qu'en donnant les termes de ce jugement. C'est le seul cas, d'après Schultze, dans lequel la nuit mentale fut jugée comme permettant seule de faire prononcer le divorce. Un jugement en appel réforma cette jurisprudence. Le juge de première instance s'appuyait pour donner cette interprétation aux termes « communauté mentale » de l'article 1569, sur l'histoire de la rédaction de cet article. Nous résumerons ces appréciations du juge, résumé qui nous donne l'occasion de faire connaître succinctement les opinions des législateurs allemands.

Dans le premier projet (Motifs, IV, p. 571), le divorce pour aliénation mentale fut rejeté sous le motif que l'on ne peut établir des limites précises entre les diverses espèces de maladies mentales et que, pratiquement, on ne peut distinguer des autres cas ceux où toute communauté mentale a disparu et où le malade est *mort mentalement*.

Dans la Commission pour la deuxième lecture (Mugdan, tome IV, p. 905), il a été reconnu que des *maladies mentales qualifiées* sont exigibles pour la prononciation du divorce. Mais pour cette qualification les opinions des promoteurs différaient : les uns admettaient comme base du divorce l'impossibilité, due à la maladie, de conserver la communauté domestique (hausliche) et conjugale (eheliche). Ils voulaient que le divorce fût prononcé quand la maladie mentale rendait cette communauté conjugale impossible et eût égard à ce que la continuation n'en peut être imposée à l'autre époux. Les autres exigeaient la mort intellectuelle et voulaient que la base du divorce fût la disparition de la communauté mentale (geistliche), remarquant que la première acception s'étendrait aux maladies physiques et qu'il en résulterait un abandon complet du principe de l'obligation. Ils considéraient qu'il serait plus équitable de prendre comme point de départ l'analogie avec la mort physique. Et c'est dans ce dernier sens plus étroit que l'on décida.

Le juge concluait que (1) :

L'histoire de l'article 1569 montre que l'absence de la conscience des intérêts communs et de la volonté commune avec l'autre époux ne suffit pas; mais il faut qu'il y ait mort intellectuelle, complète nuit mentale, c'est-à-dire démence (Verblödung) — donc un état dans lequel le malade ne ressent plus la séparation et où il ne peut plus être parlé que d'une existence animale — pour que cet état puisse être considéré comme cause de divorce.

Dans le cas présent, la malade ne manque pas de conscience des intérêts et de la volonté commune.

Dans ses considérants, le juge déclarait que cet état de mort intellectuelle n'existait pas, parce que le défendeur avait reconnu sa femme à l'une de ses visites et l'avait accusée d'adultère.

En deuxième instance, le jugement fut réformé cette interprétation de l'article 1569 étant inacceptable.

La communauté mentale entre les époux se manifeste naturellement en première ligne dans le cercle des droits et devoirs nés du mariage et dans le concours conscient, dans la direction des intérêts communs de la famille et de chacun de ses membres. D'après les termes du rapport, la communauté n'existe plus si l'un des conjoints, à la suite de sa maladie mentale, a perdu la faculté d'être conscient des intérêts, droits et devoirs communs nés du mariage, d'échanger des pensées raisonnables avec l'autre époux et de prendre une part intellectuelle à la vie de famille et aux intérêts qui y sont liés.

Il est vrai, comme le montre le rapport médical, que le défendeur est capable de reconnaître les personnes qui paraissent devant lui et de savoir se conduire dans le cercle restreint de la vie journalière. Mais il montre aussi que le défendeur ne possède plus la communauté mentale. C'est un délire systématisé primaire qui a été en s'accentuant et doit être considéré comme incurable. Au début, le malade croyait être nommé par l'empereur agent de la police secrète et avoir le pouvoir de s'entretenir avec les absents en langage secret; il se figurait, entre autres, avoir le pouvoir sur les sorcières, mais qu'il y avait des êtres humains qui avaient pouvoir sur lui-même, entre autres sa femme; il se considère comme depuis longtemps séparé d'elle en secret et se dit fiancé tantôt avec une jeune fille, tantôt avec une autre. Au début de son internement il était rempli de ces idées; il était, il est vrai, orienté dans le temps et les lieux, reconnaissait les gens et était supportable dans ses rapports avec l'entourage. Mais, en juillet 1897, son excitation fit place à des accès de fureur; ses idées sont plus troublées, et il y a diminution notable de son sens critique. Il se croit le sauveur du monde, il parle toutes les langues, il voit et entend tout, il a été souvent au ciel et il a la puissance de mener les hommes au ciel ou dans l'enfer. Il reconnait bien encore sa femme et d'autres personnes, mais croit qu'en réalité ce sont d'autres individualités. De sa femme il croit tantôt qu'elle est au ciel, tantôt qu'il l'a dans sa poche. A l'asile, il se tient à l'écart, il est envahi par ses hallucinations et son délire; il parle d'une façon incohérente. Quoiqu'on ne puisse dire que sa vie intellectuelle soit complètement éteinte, il est bien établi qu'il n'a plus l'aptitude de comprendre les droits et devoirs conjugaux. Il n'a plus la communauté mentale; la décision de première instance, fondée sur ce qu'il n'est pas dans la nuit mentale, n'est pas soutenable.

Cet arrêt du tribunal des Deux-Ponts (1) a établi la jurisprudence qui n'a pas varié, et comme nous le verrons à maintes reprises, de multiples arrêts ultérieurs ont encore élargi l'interprétation de la loi de façon à sauvegarder les intérêts du conjoint sain d'esprit dans la plus large mesure.

Cette préoccupation des juges de s'appuyer pour le prononcé du jugement sur l'intérêt du conjoint sain est manifestement exposée dans un jugement récent que nous donnerons *in extenso* : il est de plus intéressant par ce fait qu'il présente quelques points communs dans les considérants avec le jugement de la cour de Bordeaux où Régis est intervenu comme expert (2); de plus, il fait connaître quelques circonstances curieuses au point de vue de l'interdiction, celle-ci restant tout à fait indépendante de la question du divorce et pouvant d'une part être prononcée pour d'autres raisons que celui-ci, d'autre part être levée (le malade restant lucide) sans empêcher que la demande en divorce soit admise (3).

I. — Les conclusions tirées par le défendeur du paragraphe 616 du Code de procédure civile ne sont pas fondées dans le premier procès en divorce qui s'est terminé par le rejet de sa plainte (Hanovre, o.6 85/oo). La demanderesse avait pareillement appuyé sa demande en divorce; elle est par là empêchée de fonder sa nouvelle demande en divorce sur les faits qu'elle a fait ou aurait pu faire valoir. Mais dans l'affaire pendante, elle invoque une série de faits postérieurs au 18 novembre 1901, date du premier procès, faits qui peuvent constituer aussi bien la preuve d'une maladie mentale ayant duré plus de trois années, que de la disparition de la communauté mentale entre les époux et de la perte de tout espoir de rétablissement de cette communauté. En outre, elle reprend des faits qui déjà ont été ou pouvaient être soumis au juge du premier procès et qu'elle présente à l'appui de ses nouvelles allégations. Cela n'est pas inadmissible, car le paragraphe 1573 du Code civil embrasse aussi les cas dans lesquels le droit au divorce d'après le paragraphe 616 du Code de procédure civile, est exclu. (Comparer R. Cr. Bd. LIX, sér. 37.)

II. — Sur le fond même, on ne peut repousser l'instance, car, d'après les pièces d'introduction, les conditions de l'article 1569 doivent être considérées comme remplies.

De prime abord, il n'est pas douteux que le défendeur est aliéné.

Dès 1895, les Drs P... et G... ont déposé d'après leurs observations personnelles que le défendeur qui a été observé dans l'asile P... sept à huit semaines, et plus de trois semaines dans l'asile public dirigé par le Dr G..., est atteint de délire systématisé qui se manifeste surtout par des idées de persécution. En juillet 1895, le médecin de cercle, Dr H..., qui a été expert dans l'instance en interdiction introduite alors, a déclaré dans son rapport, basé sur ses examens, que le défendeur est atteint de délire systématisé (délire de persécution).

Après examens répétés, le même expert, le 31 octobre 1895, déclare qu'à cette époque le défendeur « est encore aliéné et, à un haut degré, faible d'esprit, qu'il manque de toute conscience de sa maladie, de compréhension claire de son état, d'aptitude à vivre suivant sa condition ». — Dans l'instance introduite en 1898 en vue de la levée de l'interdiction prononcée en 1895, le Dr Sch..., expert, expose que le défendeur présente presque le même état que celui décrit dans les rapports médicaux de 1895; qu'il a des idées de préjudice, qu'il a une haute idée de lui-même, n'a aucune conscience de sa maladie et qu'il est ainsi encore aliéné, quoiqu'il se soit jusqu'à un certain point calmé.

Le défendeur a en 1901, pendant le premier procès en divorce, de nouveau demandé la levée de l'interdiction. Le Dr Sch..., expert, déclare que, bien qu'au total, la forme de la maladie dont le défendeur est atteint soit incurable, et qu'en conséquence la guérison n'est qu'apparente, en tout cas il est en état de gérer ses affaires. Sch..., expert qui, en juillet 1901, a déposé un rapport soigneusement établi, n'élève aucun doute sur ce que le défendeur « au temps de son interdiction, était atteint d'un trouble psychique qui était accompagné d'une transformation assez aiguë de son moi et d'idées de préjudice liées à une exaltation de l'humeur et d'une excitation motrice assez vive, mais déclare que, chez le défendeur, quoique en général le pronostic de la paranoïa soit absolument défavorable, on peut constater une marche relativement favorable »; qu'à l'époque de l'expertise, le défendeur présente « avec une intégrité et lucidité intellectuelle l'aspect d'un calme extérieur » et « fait sur quiconque n'est pas aliéniste l'impression d'un homme complètement sain »; qu'en réalité, quoique nullement guéri, mais seulement amélioré, il peut cependant s'occuper de ses affaires. A la suite de ce rapport, l'interdiction fut levée. — De même, au cours du procès actuel, les rapports de l'expert distingué, Dr L..., du professeur B..., du professeur C... ne laissent aucun doute sur le fait que le défendeur est encore maintenant atteint de maladie mentale qui, il est vrai, est désignée comme légère par le Dr C..., et, par le Dr D..., comme n'étant pas grave.

Il n'y a pas de doute que la maladie a duré plus de trois ans; d'après les rapports ci-dessus, il s'agit de la même maladie qui existait en 1895.

Au surplus, il peut être admis que la maladie est incurable. Le seul expert, qui n'exclut pas toute guérison, le Dr C..., déclare que dans la science médicale il est admis en général que la paranoïa est incurable, mais qu'il croit d'après son expérience, que, dans des cas *extrêmement rares*, la guérison peut survenir. Le Tribunal suit les conclusions de la surexpertise du collège médical de Coblentz, d'après laquelle — en dehors de cas extraordinairement rares — la paranoïa chronique est incurable, de sorte que pour le défendeur, on ne peut compter sur une guérison.

Plus difficile est la réponse à la question, si la maladie du défendeur a atteint un tel degré que la communauté entre les parties a disparu, et si tout espoir de son retour peut être exclu. Les experts, Dr B... et Dr C..., répondent négativement, tandis que le Dr L... répond catégoriquement par l'affirmative. Le Tribunal dans ses considérants s'est appuyé sur les principes que la Cour suprême dans sa décision du 8 mai 1905 (*Jur. Wochenschrift* 1905, p. 395), a admis et développés. Il admet, en conformité avec la surexpertise de Coblentz, l'opinion de L...

Il ne faut pas méconnaître que le défendeur, malgré l'existence de sa maladie mentale, est peu ou pas touché dans l'activité de la pensée purement intellectuelle, tant qu'il ne s'agit pas de ses « théories et lubies médicales », de son système hypocondriaque au sujet de ses processus vitaux, et qu'en général il soit en état d'agir par lui-même, de telle sorte que sa conduite extérieure soit ordonnée.

Il a, il est vrai, en 1902 et 1903, passé plus d'un an dans le dépôt de mendicité, a vécu entre temps des secours de ses parents et a été, en 1906, si dénué de tout qu'il a dû faire une demande d'argent à la demanderesse. Mais il a pu toujours se créer une situation lui assurant son existence, tant que ses habitudes étranges et son humeur querelleuse n'ont pas pris le dessus. Ainsi il a obtenu, en septembre 1904, une place suffisamment rémunérée à E..., qu'il a remplie assez longtemps, jusque dans l'été 1906, grâce à l'indulgence du témoin A. F... Et depuis octobre 1906 jusqu'en octobre 1908, il a conservé un poste lui assurant son existence et l'a rempli, depuis, d'une façon satisfaisante. Il peut avoir une conversation avec des étrangers, telle que celle que réclame son service comme employé de commerce. Dans le même ordre d'idées, la teneur de ses mémoires des 22 juin et 4 juillet 1908 est conçue en termes clairs et compréhensibles.

Mais cela ne prouve en aucune façon que la communauté mentale avec sa femme existe. La communauté mentale entre les époux a de plus hautes exigences : il ne suffit pas de la possibilité d'une simple vie côte à côte, mais aussi de pensées et sentiments communs, d'un accord des parties — sinon complet — du moins sur les principaux points qui sont à considérer dans la vie en commun, et il faut qu'il y ait une aptitude chez les deux époux à une confiance et une affection réciproques.

En ce qui concerne le défendeur, il possède sans nul doute la connaissance du lien conjugal et des droits qui en découlent pour lui. Mais il est non moins certain qu'il ne ressent plus la moindre trace d'affection ni de confiance envers la demanderesse. Depuis la séparation survenue en 1895, il n'en a pas donné la moindre marque. Les lettres assez nombreuses ne portent nulle part la trace qu'il persiste un reste d'amour conjugal. Elles sont remplies de reproches, de soupçons qui sont diri-

(1) Urtheil des Oberlandsgerichts Köln, 23 marz 1901 (*Zeitschrift für deutsches Burgerliches Recht*, 1901, p. 423.

(1) *Urtheil des Oberlandsgerichts Zweibrücken*, 13 juillet 1903.

(2) Régis. *Loc. cit.*

(3) *Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift*, n° 45, XII, 4 février 1911.

gès soit directement contre les parents de la demanderesse, soit indirectement contre elle; souvent lui sont reprochés d'anciennes discussions et de soi-disant torts; avec des expressions d'implacable rancune, il regrette une fois de s'être abstenu des corrections corporelles qu'elle méritait, et de s'être contenté de la toucher du doigt; nulle part, on ne voit que le défendeur s'intéresse à l'état de la demanderesse longtemps réduite à son gain personnel et à l'aide de ses parents; une seule fois, il se livre à de longues considérations sur l'alimentation et le régime, mais il est visible que le motif n'en est pas la santé de ses parents, mais une tentative pour convertir sa femme à ses théories médicales. De même dans les deux seules rencontres des époux en 1906 et 1908, le défendeur n'a pas montré le moindre reste d'amour conjugal ni paternel. D'après le témoignage de l'assesseur, Dr L..., dans la première rencontre, il n'a cherché qu'à soutirer un secours; il a bien dit qu'il voudrait voir ses enfants, mais après qu'il eut obtenu une réunion, il n'a plus parlé que d'un secours d'argent et n'a plus fait d'allusion aux enfants; le témoin a été révolté de l'attitude du défendeur.

La convocation des deux parties en juin 1908 ne produisit pas chez le défenseur une attitude conciliante, pas même une tendance; il plaida énergiquement son point de vue juridique, fit des reproches à sa femme et à ses parents, et se laissa aller à des expressions injurieuses pour un mot impropre employé par sa femme (celle-ci disant qu'il lui avait réclamé une rente).

Il est ainsi démontré que le défendeur est étranger à ce sentiment que les époux doivent avoir l'un pour l'autre et il n'y a pas à nier d'un autre côté que la demanderesse a perdu toute affection et toute foi en lui. Que ce soit le cas, cela ressort de son attitude dans les deux procès. En outre, il est clair que cette perte de la communauté mentale est la suite des actes provoqués par la maladie du défendeur.

En plus des considérations précédentes, il y a à considérer que la demanderesse, avant sa séparation d'avec son mari (voir les témoignages), a été en butte au mépris, aux reproches immérités, avec menaces et violences (il est vrai non brutales) et que le retour à la communauté conjugale doit lui en faire craindre le renouvellement. Elle est bien fondée à avoir perdu toute confiance en ce que le défendeur soit capable — abstraction faite de sa bonne volonté en cela — de faire renaître et de maintenir les bonnes conditions dans l'état de mariage, auxquelles elle peut raisonnablement prétendre. — L'affection et la confiance réciproque des deux parties étant éteintes, une communauté mentale entre eux est peu vraisemblable. A cela s'ajoute indiscutablement que, comme chez tous les paranoïaques, chez le défendeur, sa propre personnalité, son propre intérêt est au premier plan de ses sentiments et de ses pensées, que tout égard pour une autre personnalité, toute considération pour une autre opinion est exclue du fait de son égocentrisme démesurément accru (Surexpertise. Feuille 361). Il est à prévoir que, si les parties tentent de vivre ensemble, bientôt se soulèveront les questions qui les séparent dans la vie commune au sujet de l'éducation des enfants, de la conduite du ménage; avec les dissidences entre les avis normaux de la défenderesse et les opinions fausses du défendeur, et en raison du caractère entier et opiniâtre de celui-ci, il en résultera des conflits et des scènes d'excitation; de sorte que la demanderesse, dans la vie en commun avec lui, subira un tourment d'autant plus insupportable que, d'après le certificat du Dr A... et le témoin L..., elle se trouve, à la suite des émotions du procès en divorce, dans un état qui fait naître les craintes les plus vives pour sa santé physique et psychique. Ce que le défendeur ressent ou pourra ressentir dans l'avenir d'une façon égale ou semblable, il n'y a pas à discuter cette question, car (comparer la décision citée plus haut du Tribunal d'Empire) *le sentiment que peut ressentir l'époux malade de l'absence de la communauté mentale n'est pas une des conditions exigées par l'article* 1569.

Donc, la communauté mentale entre les parties a disparu; d'après la surexpertise du Collège médical de Coblentz, il est indéniable que, de par l'incurabilité quasiment certaine de la maladie du défendeur et par conséquent de par la continuation prévisible de l'état actuel, toute prévision d'un rétablissement de la communauté mentale peut être exclue.

Toutes les conditions requises par l'article 1569 sont réalisées, le divorce est donc prononcé.

III. — En l'état, il n'y a pas à discuter si la plainte, en tant qu'elle s'appuie sur l'article 1568, est fondée

IV. — En ce qui concerne les frais, ils sont réglés d'après l'article 91 du Code de procédure civile.

Dans le même ordre d'idées, le divorce peut être prononcé en dehors de tout délire, la folie morale qui ne se traduit que par des actes nuisibles est suffisante pour y donner lieu (1).

Folie morale. — La femme refuse de travailler, elle est querelleuse, revêche, surtout d'un caractère malfaisant; elle entre en fureur pour les moindres causes, pendant la vie commune elle a maltraité son mari ainsi que les enfants; elle a déchiré et brûlé ses vêtements et ceux de ses parents; les rapports conjugaux sont complètement détruits; le mari ne peut plus être mis dans l'obligation de continuer le mariage avec elle.

(1) *Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift*, p. 105, n° 20, 10 août 1901.

Il n'a pas été pris de conclusions par la défenderesse; elle ne s'est pas non plus expliquée sur sa plainte.

D'après le rapport, il s'agit de débilité mentale (Schwachsinn) de moyen degré, qui se manifeste tant sur la sphère morale qu'éthique et peut être qualifiée de folie morale, laquelle est considérée non seulement au point de vue médical mais légal comme maladie mentale (au sens du § 56, Z. p. 104, Z. 2 et 3 du D. B. G. B.)

Son libre arbitre n'existe plus que dans la limite des habitudes journalières; la communauté n'existe plus et son influence sur le cours des pensées de la malade est comme abolie.

Il ne peut être tenu compte de l'opinion des membres du tribunal de première instance, reposant sur des impressions personnelles uniques et non sur un rapport d'expert, que la malade est absolument lucide sur les raisons de leur interrogatoire, qu'elle connaît sa situation, qu'elle cherche à réfuter les reproches qui lui sont faits et à les retourner au plaignant.

Il n'y a pas lieu de faire état des actes reprochés au sens du § 1568 et les conditions du § 1569 sont réalisées.

Les frais incombent à la plaignante d'après le § 91, paragr. I, phrase I du C. P. O.

Il est des faits en apparence probants en faveur de la persistance de la communauté conjugale et qui en réalité ne prouvent rien : la vue de l'anneau de mariage, la visite du conjoint peut rappeler l'état conjugal au malade; ce ne sont là que des souvenirs produits par des impressions extérieures. On ne peut non plus tenir compte du désir que peut manifester le malade de voir son conjoint parce que celui-ci lui apporte des friandises, ni les lettres qu'il écrit sous la pression du médecin ou que lui rédige un autre malade.

Et même, la conservation de la conscience de l'état de mariage, le désir manifesté par le malade de ne pas divorcer ne suffit pas pour empêcher le divorce, car la loi a été faite aussi bien pour l'époux sain.

Démence vésanique. — Le mari est atteint de démence secondaire à un délire de persécution. Il a des hallucinations de l'ouïe, auxquelles il réagit, il est vrai, assez peu; il est surtout indifférent et apathique. Il s'occupe de son métier de menuisier.

L'expert a répondu négativement à la demande du tribunal si la maladie a atteint un tel degré que la communauté intellectuelle entre les époux a disparu. Il s'est basé sur ceci : « Aussi bien, fin mai 1900 que le 20 juin 1900, le malade m'a déclaré qu'il ne voulait pas divorcer. Il aurait vécu heureux avec sa femme, et après Pâques 1900, quand elle l'a visité pour la dernière fois, il se serait entretenu amicalement avec elle. Il sait qu'il n'est pas tout à fait bien portant, qu'il ne peut nourrir sa femme, aussi est-ce le mieux pour lui qu'il reste à l'asile; mais il tient beaucoup à sa femme et ne voit pas pourquoi il divorcerait. Conclure de la longueur du maintien à l'asile, que la communauté morale a disparu, ne me paraît pas admissible. Cet homme est un malade tranquille, inoffensif, qui pourrait vivre hors de l'asile s'il avait quelque fortune et que sa femme voulût s'en charger. Sans doute par cette maladie incurable la communauté mentale est fort troublée et diminuée, mais je ne puis la tenir pour disparue. »

Le tribunal n'a pas suivi l'expert. Il a pensé que la loi est faite aussi bien en faveur de l'époux sain. *Il faut considérer les réalités concrètes*, surtout la longue séparation des parties dues aux conditions pécuniaires. A cela s'ajoute la nature de la maladie du mari; sa conscience d'être marié et son désir de rester marié ne sont nullement la preuve d'une participation intellectuelle au mariage. Dans ces conditions, intellectuellement il lui est devenu complètement étranger depuis longtemps. Il ne pourrait être imposé à la plaignante (elle a déclaré dans le conseil de tutelle, le 29 janvier 1900, qu'elle voulait se remarier) une continuation du mariage avec le malade (1).

Appel fut interjeté. Le jugement de deuxième instance modifia quelque peu les considérants (le juge de première instance s'étant, semble-t-il, appuyé sur les conditions matérielles de la vie conjugale), mais confirma le prononcé du divorce.

L'histoire de l'article 1569, dit-il, montre qu'une maladie mentale qualifiée seule suffit pour le divorce, et que cette qualification de la maladie, on ne doit pas la chercher dans son action sur la communauté de vie conjugale et domestique, mais dans son action sur la communauté mentale des époux.

(1) *Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift*, 18 mai 1901, t. III, p. 77. II Civilsenat des Hanseatischen Oberlandesgerichts de Hambourg.

Ici le juge remarque — et cela est d'une extrême importance pratique, on le conçoit — que le législateur s'est abstenu de donner une définition exacte de ce concept et insiste sur ce fait que — nous l'avons relaté plus haut — la proposition fut rejetée de faire dépendre la qualification de maladie mentale, de ce que le malade a perdu la notion du lien conjugal.

En somme, dans la jurisprudence allemande, la perte de cette notion est suffisante pour faire prononcer le divorce, mais n'est nullement nécessaire.

La faiblesse mentale ne suffit pas pour faire prononcer le divorce; par contre, elle suffit pour faire prononcer l'interdiction. On en arrive alors parfois aux situations les plus singulières comme dans le cas suivant.

Le malade F... avait été interné en 1897, pour un délire systématisé primaire se traduisant par des idées de jalousie. Mis plus tard en liberté, il protesta contre son interdiction pour aliénation mentale qui fut par un jugement transformé en interdiction pour faiblesse mentale. Or, après la mise en exercice du code, sa femme demande le divorce pour cause d'aliénation mentale, ce qui fut accordé d'après les considérants suivants :

Il n'y a pas de doute que depuis 1897 F... est dominé par des idées délirantes qui transforment considérablement sa situation à l'égard des siens. Depuis six ans il voit en sa femme, peu désirable et affaiblie, une personne qui a trahi sa foi, il lui fait les reproches les plus invraisemblables : qu'elle se donne pour de l'argent, qu'elle a ainsi acheté une villa pour chacun de ses enfants. Il ne reconnaît pas ceux-ci pour les siens, il les appelle du nom de leur père supposé et porte ainsi préjudice à leur honneur. Toute la Hesse, dit-il, a eu affaire à sa femme. La fille de F... déclare que sa mère n'est plus en sûreté, que sans son fils il l'aurait blessée. Si par moments ses idées pâlissent, elles ne le quittent pas en réalité et il est entièrement dominé par elles; ses paroles de repentir n'ont aucune valeur. Il menace de faire la peau à son médecin en qui il a eu auparavant confiance. Il a des hallucinations de la vue et de l'odorat.

F... fut divorcé pour aliénation mentale et resta interdit pour faiblesse mentale.

Il est remarquable que les juges aient admis le divorce dans un cas où la malade manifestait des sentiments affectifs à l'égard de ses enfants et non de son mari (1).

Il s'agit d'une femme de trente-trois ans, mariée depuis cinq ans. Elle est sujette à des accès d'agitation, elle a abandonné son mari à diverses reprises. Finalement elle fut internée pour un délire hallucinatoire suivi d'affaiblissement intellectuel. Elle manifeste de l'affection à l'égard de ses enfants uniquement.

La jurisprudence sur les formes périodiques ne nous paraît pas établie d'une façon certaine; nous n'avons pas trouvé de documents probants sur ce sujet. Schultze repousse le divorce dans ces cas.

Il existe cependant un cas des plus curieux où malgré des intervalles lucides le divorce fut prononcé; mais évidemment du fait de la préoccupation des juges de ne pas sacrifier un individu sain et recommandable à une femme parfaitement méprisable; et non en se fondant en réalité sur des bases médico-légales.

Il s'agit d'une alcoolique, dipsomane (2). La dipsomanie malgré les intervalles lucides est une cause de divorce.

F... a été interdite pour alcoolisme, condamnée pour escroquerie, poursuivie pour tentative d'avortement. Elle est atteinte de dipsomanie. Ses actes délictueux et sa mauvaise conduite continuelle montrent qu'elle n'a pas conscience de ce qu'est la communauté mentale avec un mari. Ces crises de dipsomanie se rapprochent et éloignent de plus en plus les époux. — Le divorce est prononcé.

Par contre, dans un cas de folie périodique (3)

(1) *Psych.-neurol. Woch.*, 1900, n° 39, p. 375, t. II.

(2) *Ibid.*, 1905, p. 187, t. VII.

(3) Forster. *Psych.-neurol. Wochenschrift*, n° 51, 15 mars 1902, p. 499.

le divorce ne fut pas prononcé. La malade eut en 1879, à vingt-trois ans, un premier accès. Elle eut un deuxième accès en 1896. Depuis ce temps elle est dans un état catatonique; mais on ne peut encore affirmer l'incurabilité. A notre point de vue, le diagnostic de folie périodique est douteux et nous ne citons le fait qu'au point de vue du principe admis dans de tels cas.

D'autre part, dans certaines circonstances, des intervalles lucides n'excluraient pas le divorce. Le cas de ce genre que nous avons rencontré n'est pas explicite, nous n'y faisons donc qu'une allusion à titre documentaire (1).

. Il semblerait, à première vue, que la paralysie générale ne puisse donner lieu à des procès en divorce en raison de sa durée si souvent inférieure à trois ans. Néanmoins il s'est trouvé des cas prolongés où la difficulté a été grande.

Paralysie générale prolongée. — Le juge de première instance repousse la demande en divorce, parce que d'après le rapport de l'expert, il n'a jamais été observé à l'asile d'état de confusion (Verwirrtheit), que la mémoire est intacte, que le malade est orienté sur les particularités de sa vie et qu'il n'a nullement perdu compréhension et intérêt de ses conditions familiales. Cela résulte de la lettre du 25 octobre 1900, où il félicite la demanderesse pour sa fête, se plaint de son abandon et demande sa visite. De plus, le juge ne considère pas que toute chance de rétablissement soit exclue, parce que l'expert ne donne pas la maladie comme en toute certitude inguérissable.

Appel. — La plaignante expose les faits suivants : Dès 1893 il y a eu procès en divorce. Les témoins ont déposé alors que la plaignante était maltraitée. Dès cette époque, le Dr S... avait attesté que le malade, interné en 1892, était atteint d'une affection incurable due à des lésions organiques et que son état réclamait son placement comme aliéné dangereux. Dès 1891, il y avait eu demande d'interdiction qui fut rejetée.

La maladie daterait de 1888, où X... aurait présenté des anomalies de conduite; en 1889, il a eu du délire et des hallucinations avec troubles de l'équilibre, vertiges et troubles visuels. Placé à l'asile, on constate ces mêmes symptômes, de la paresse des pupilles, de la difficulté de la parole qui est ralentie avec accrocs. X... est désordonné, malpropre. Au reste, il vit dans l'asile, insouciant et content.

Il est en 1889 envoyé en permission chez lui. Ramené au bout d'un mois, il a détérioré des objets, incendié une grange par imprudence. Il s'est laissé ramener à l'asile et s'y montre satisfait quand il a à manger et à fumer. A ce moment, les signes physiques sont à peine démontrables. C'est un de ces cas de paralysie générale en rémission telle qu'elle ressemble pour les profanes à la guérison.

En 1893, l'interdiction est prononcée. Après un essai de sortie, X... est réintégré pour paralysie générale syphilitique qui, malgré d'apparentes améliorations transitoires, se manifeste par un affaiblissement progressif des facultés intellectuelles, disparition du sens moral, troubles cérébraux organiques qui doivent amener plus ou moins vite la mort. Pendant sa permission, X... a presque ruiné sa femme : il a fait des achats inconsidérés, s'est livré à la contrebande, a demandé une dame en mariage, fait des annonces de mariage dans les journaux pour se procurer de l'argent. Quoique impuissant, il s'est livré à des attentats génitaux sur sa femme; il a dérobé de l'argent à son beau-frère. Il est certain qu'il va ruiner sa famille et se mettre en conflit avec la loi. Il est dangereux pour l'ordre public.

Depuis sa rentrée à l'asile, il n'a pas changé : il a de la parésie faciale, des pupilles inégales et paresseuses, la parole hésitante.

Les lésions cérébrales sont prouvées scientifiquement par les paralysies des nerfs cérébraux. L'affection présente, il est vrai, une marche exceptionnellement lente; les signes de déchéance psychique deviennent moins évidents grâce à la vie réglée de l'asile, mais ils se manifesteraient si X... avait à combattre pour la vie sans surveillance et préservation. Cet affaiblissement n'apparait pas pour un profane, par exemple, dans un exercice de numération, mais la conviction médicale repose sur une longue observation. X... est atteint d'une affection cérébrale lente; il n'y a pas prévision de guérison ou d'amélioration notable. Il n'est pas en état de mesurer les conséquences de ses actes.

La plaignante s'appuie sur tous ces faits et elle donne la preuve que, par les émotions causées par la vie en commun avec X..., elle a perdu transitoirement la parole, et cite comme témoin le Dr B... Tous les faits ont été confirmés par les témoins en 1901.

Paralysie générale reconnue au cours d'un procès en divorce pour adultère. — Au cours d'une instance en divorce pour adultère, le mari, défendeur, est arrêté en octobre 1903 pour subornation de témoins et, dans la suite, placé en observation pour examen de son état mental. Le rapport du Dr D... conclut à une paralysie générale probable remontant au début de 1901; d'où non-lieu sur le fait de subornation; secondement, la plaignante est déboutée de sa demande en divorce pour cause d'adultère en raison de l'irresponsabilité du mari à l'époque où il a commis les actes reprochés.

(1) *Ibid.*, 1901, 8 juin. 11, p. 111.

La plaignante interjette appel et transforme préventivement sa plainte, en demande de divorce basée sur l'art. 1569. Les considérants du jugement d'appel repoussent la demande en divorce basée sur l'adultère, en raison de l'irresponsabilité due à la maladie, laquelle d'après les experts remonte au moins à une première attaque en 1901. Ils ne tiennent pas compte non plus des actes reprochés remontant à une date antérieure, bien que l'on ne puisse être assuré que e début de la maladie ne soit antérieur à cette date.

Mais ils admettent la demande en divorce basée sur l'article 1569.

Tout individu chez qui le libre arbitre a disparu n'est pas simplement faible d'esprit (1), mais aliéné. La maladie du défendeur dure depuis plus de six ans. L'expertise déclare que tout espoir de guérison a disparu. De plus, il est constant que la maladie a détruit toute communauté mentale entre les époux et que toute prévision de son rétablissement peut être exclue.

Il n'y a pas lieu d'exiger une sorte de mort mentale chez l'époux malade, ni une perte complète de toute connaissance de l'état de mariage; car même dans le délire partiel et dans les cas où le défendeur a conservé la faculté d'accomplir les actes simples de la vie journalière, comme cela a lieu dans le cas présent, l'article 1569 peut être appliqué.

Sous le terme de communauté mentale au sens juridique, la jurisprudence a établi qu'il ne faut pas entendre seulement la simple vie en commun des époux, mais un état tel qu'ils sont aptes à des sentiments et des pensées communes. (V. des R. G., 8 mai 1905. *Jur. Woch.*, 1905, p. 395.) Cette aptitude n'existe plus chez le défendeur. En effet, au cours de l'expertise médico-légale de six semaines dans l'asile, il n'a jamais parlé spontanément de sa femme et n'a manifesté aucune attention à son sujet. Ce n'est que sur une incitation qu'il a déclaré s'être toujours bien conduit à son égard, que ce sont les fils du premier lit qui l'ont excitée contre lui; qu'il n'y a pas à se fier à elle, qu'elle se conduit mal avec des hommes, qu'il a intercepté une lettre de rendez-vous adressée par elle à un homme, mais qu'il ne peut en fournir aucune preuve. Le rapport des experts note que le défendeur est incapable de saisir le rapport des faits allégués avec le procès en cours; que ce manque de conscience, ces idées fausses établissent un dissentiment irréconciliable entre sa femme et lui..., que son affaiblissement mental le rend incapable de prendre intérêt à qui que ce soit.

Il en résulte que la maladie a détruit tout ce qui constitue les liens du mariage et sans espoir de rétablissement.

De plus, du côté de la femme, toute communauté mentale avec son mari a disparu, comme le prouve sa plainte pour subornation de témoins.

A ceci s'ajoute que les époux vivent séparés depuis six ans, malgré l'existence d'un enfant, que cette situation réciproque ne peut, d'après les prévisions humaines, jamais changer.

Les *délires de jalousie* peuvent donner lieu à des complications singulières. Ainsi dans un cas un mari dépose une demande de divorce pour injures graves. Demande reconventionnelle de la femme. Il est démontré que le mari manifeste des idées délirantes de jalousie (contre des prêtres âgés), La demande reconventionnelle basée sur l'article 1568 est transformée en demande basée sur l'article 1569 (2).

La loi impose une durée de trois ans de la maladie. On a admis définitivement ce chiffre comme représentant d'une façon suffisamment certaine le délai nécessaire au pronostic.

Il semblerait au premier abord que le texte impliquerait que la maladie a dû naître depuis le mariage; en pratique la maladie peut avoir préexisté au mariage (3). Schultze admet même qu'un trouble mental congénital tombe sous le coup du paragraphe 1569.

Nous dirons à ce sujet qu'il est certain qu'il faut prévoir les cas où un mariage aurait été conclu volontairement avec un aliéné reconnu tel, dans un but de lucre avec l'arrière-pensée de divorcer dans les délais légaux. C'est là d'ailleurs un argument des opposants au divorce pour cause de folie. Des dispositions légales peuvent parer à cet inconvénient. Nous n'insisterons pas ici sur ce point, d'ordre purement juridique et législatif.

(1) Dans ce cas encore l'interdiction avait été prononcée pour faiblesse mentale.

(2) *Psych.-neur. Wochen.*, 1905, n° 39, t. VII, 23 déc., p. 353-360.

(3) Schultze, in *Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie* de Hoche, p. 358.

Le malade est un imbécile congénital ne sachant écrire que son nom. Il a un délire de grandeur. Il était déjà malade au sens de la loi au moment du mariage. A un accouchement de sa femme il avait menacé la sage-femme « parce qu'elle avait pris huit singes dont sa femme avait accouché et les avait remplacés par un enfant supposé ».

Interné, il se trouve bien à l'asile, sa femme peut se faire nourrir par d'autres. Idées de préjudice contre sa femme, il la brutalise. Il raconte devant ses enfants ses rapports avec la baronne R... et beaucoup d'autres femmes.

S'il a encore souvenir de l'existence de son mariage, il n'a plus aucun intérêt pour ce lien (1).

Dans un autre cas, le médecin de l'asile a admis une faiblesse mentale marquée, mais pense qu'une amélioration n'est pas impossible : il s'agit d'une fille faible d'esprit, ayant eu un accès de mélancolie; s'étant montrée dès le mariage incapable de diriger son ménage, la sœur du mari dut venir la suppléer. La malade présente l'aspect de démence précoce; ne réclame qu'à manger.

Le divorce fut prononcé (2).

***

La question d'incurabilité, quoique ce mot ne soit pas prononcé dans le texte de la loi allemande, domine la question. C'est au nom des guérisons tardives que Blanche a fait repousser l'amendement Guillot. Mais, comme nous l'avons dit, on est étonné de voir qu'il n'apporta que des affirmations et qu'il ne cita qu'un seul fait, absolument contestable d'ailleurs. Nous ne referons pas le procès du rapport de Blanche, nous renverrons à la solide argumentation de Luys. Nous pourrions même dire que dans de tels cas, on peut poser la question préalable. En effet, l'argument en apparence invincible des auteurs qui citent des guérisons tardives à l'encontre du divorce, tombe devant ceci : dans de tels cas, si le médecin avait eu à examiner son malade en vue d'une demande de divorce, il est certain que cet examen lui aurait permis de constater des signes tels qu'il aurait pu, ou prévoir la guérison, ou élever des doutes sur l'incurabilité, de telle sorte qu'il aurait par son rapport fait rejeter la demande.

N'ayant pas observé personnellement depuis quinze ans de guérisons tardives à proprement parler, nous avons voulu recueillir tous les faits de ce genre et les analyser afin d'approfondir cette question angoissante. Dès le début de nos recherches, nous avons constaté que ce travail avait été fait par Petrén (3) de façon magistrale. Dans une série d'articles qui représentent un travail énorme et épuisent le sujet, Petrén a pris un à un les cas de malades guéris après plus de quatre ans de maladie qu'il a trouvés dans la littérature médicale de tous les pays, les a analysés et comparés. Il s'étonne, à juste titre, de la légèreté avec laquelle les auteurs ont apporté de soi-disant cas probants.

La majorité des observations — d'ailleurs, disons-le, données dans un but tendancieux — sont si incomplètes, si écourtées, à commencer par celle de Blanche, qu'elles sont inutilisables et qu'on peut les considérer comme nulles et non avenues. Il n'en retient que trente trois, dans lesquelles on peut admettre une guérison tardive. Ainsi, depuis 1885, sur les centaines, les milliers d'observations d'aliénés parues, il y a trente-trois guérisons tardives prouvées. Voilà pour la fréquence.

Quant à la nature de la maladie, la plupart des cas appartiennent à la folie périodique (maniaque-dépressive) et, dit Petrén, à la catatonie (4). Nous devons dire ici qu'à notre avis ce dernier terme est impropre et

(1) Oswald. *Psych.-neurol. Woch.*, 14 mai 1904, n° 17, p. 69.

(2) *Ibid.*, t. 11, p. 370, n° 38, 1900.

(3) Petrén. Ueber Spätheilung von Psychosen. Nordisches Medizinisches. *Archiv. Medizin.*, 1907-1908, t. 40 et 41. Eine monographische Studie. Bibliographie complète.

(4) Il est curieux de noter que Petrén admet des guérisons dans des délires systématisés au sens de Magnan. Nous croyons son interprétation inexacte dans un cas.

qu'on lui a donné, en Allemagne et ailleurs, une extension tout à fait exagérée. D'ailleurs, à l'analyse des observations, on arrive à la conclusion qu'il s'agit là encore généralement de formes périodiques ou mélancoliques. Presque tous les cas sont de quatre à neuf ans de durée, un de dix ans, deux de onze ans, un de douze ans (Petrén, page 289, 1908, tableau L).

Nous n'aborderons pas ici le côté clinique de la question, recherche des signes permettant d'affirmer l'incurabilité dans un grand nombre de cas. Le pronostic immédiat est, il est vrai, souvent très aléatoire; mais il n'en est plus de même après une observation prolongée et personne ne nous contredira quand nous dirons que l'aliéniste peut fréquemment affirmer l'incurabilité, autant qu'il est humainement possible d'affirmer un fait. C'est ce que les jurisconsultes allemands ont compris. Cette année même, dans l'une des observations citées, le tribunal ayant à décider sur la disparition de la communauté mentale dans un cas de paranoïa où l'un des experts disait qu'il arrivait, rarement il est vrai, que cette affection guérisse, ce tribunal admettait l'opinion du Collège médical de Coblence déclarant que, dans la règle, cette affection est incurable et il ajoutait, que l'on ne pouvait se laisser arrêter par des exceptions. Nous avons donné plus haut le fait *in extenso* (1).

Nous serions absolument opposé à ce que, dans la loi, on désigne les maladies (2) pouvant être considérées comme incurables, car la loi n'a pas à se préoccuper de l'incurabilité, ainsi que l'ont si bien compris les Allemands, mais de la disparition de la communauté intellectuelle.

Néanmoins, nous pouvons affirmer que des démences précoces, des délires systématisés, par exemple, sont incurables. Nous avons tous observé de ces histoires lamentables où un époux jeune, au lendemain du mariage, est lié pour la vie à un dément précoce. On a parlé, dans de tels cas, de la moralité, qui ne permet pas d'abandonner un malade. Où est-elle réellement, la moralité? Il serait immoral de permettre au conjoint sain de fonder une nouvelle famille grâce au divorce? Il est plus moral, sans doute, comme cela se passe habituellement aujourd'hui, que l'époux sain se crée un faux ménage et que ses enfants adultérins ne puissent même pas être reconnus si le malade meurt. N'avons-nous pas vu maintes fois un mari amener sa maîtresse pour lui montrer sa femme légitime démente, afin de l'assurer que la liaison qu'il lui propose sera définitive; ne savons-nous pas ce que signifient les lettres où l'époux sain nous demande de dire toute la vérité parce qu'il a certaines dispositions à prendre?

Il est évident que c'est une grave responsabilité pour le médecin de déclarer l'incurabilité. La loi allemande a prévu que (article 623, Code de procédure civil) : « Il ne peut être prononcé de divorce pour cause d'aliénation mentale sans que le tribunal ait entendu un ou plusieurs experts sur l'état mental du défendeur ». Bresler et Schultze (3) recommandent la prudence aux médecins et émettent le vœu qu'il soit fait appel à des spécialistes autorisés. Il est probable, sans doute, qu'il n'y a pas qu'en France que la justice fasse appel à des aliénistes d'occasion, comme nous en voyons éclore depuis quelques années.

Quoi qu'il en soit, les tribunaux allemands paraissent faire généralement appel à plusieurs experts et c'est le juge qui, en toute conscience, apprécie les données du problème, quand il se trouve en présence de rapports contradictoires.

(1) *Psych.-neur. Woch.*, XII, n° 45, 4 février 1911.
(2) C'est ce qu'exprime l'exposé des motifs de la loi allemande : « Il ne s'agit pas ici de formes de troubles mentaux, mais de certains stades terminaux des formes les plus diverses de maladies mentales, lesquels se peuvent diagnostiquer. » (Mendel. *Vierteljahresschrift für gerichtliche Medizin*, 1889.)
(3) Schultze. *Handbuch*, p. 355.

Dans un cas de délire systématisé mystique avec démence secondaire, où les rapports sont discordants, le divorce est prononcé (1). De même, dans le cas suivant :

Démence post-puerpérale (2). — La malade est hors d'état de comprendre les pensées et les sentiments du plaignant, comme le réclame la vie commune conjugale; elle n'a pas la moindre idée des devoirs qui découlent de l'état de mariage.

Quoique l'expert K..., tout en admettant l'incurabilité, tienne pour possible une amélioration en ce sens que la conscience de la malade pourrait s'éclaircir tout en laissant un degré moyen de faiblesse mentale (Schwachsinn), et qu'il pense que ce degré de faiblesse mentale *n'exclut pas le rétablissement de la communauté mentale* entre les époux; cependant le tribunal conformément aux conclusions de l'expert R..., a considéré qu'on peut admettre, en raison de la longue durée de la maladie, la certitude de disparition de la communauté mentale.

Le divorce est prononcé.

Le cas échéant, le juge fait appel à un surexpert, comme dans le cas suivant (3) :

Alcoolisme chronique. — Pour l'un des experts, le malade est dans un état d'idiotisme. Pour l'autre, il y a simple faiblesse mentale, n'excluant pas la communauté mentale. Le juge pense que la communauté mentale est évidemment une communauté supérieure à la simple vie en commun des époux, une communauté telle que ceux-ci participent à des sentiments et des pensées communes. Il décide de recourir à un surexpert.

Il est à noter que l'internement du malade — quoique ce soit là le cas ordinaire — n'est pas indispensable et il existe des circonstances où le divorce fut prononcé, le malade restant en liberté.

* * *

Nous n'avons pu nous procurer de statistique récente donnant le pourcentage des divorces pour cause d'aliénation mentale (la statistique (4) officielle, que nous avons pu consulter, ne donne pas le chiffre brut des divorces), mais seulement un court relevé de Mendel (5), antérieur à la généralisation de la loi à tout l'Empire. Discutant les craintes de Martin et Damerow, que cette loi entraînerait à des divorces légèrement et fréquemment prononcés et mettant en danger la base morale du mariage, il montre qu'au tribunal de Berlin, en 1882, sur 905 divorces, il n'y en eut que 4 pour maladies mentales, et, en 1883, 6 sur 996. Tous, sauf un, concernaient des gens pauvres. Dans le grand duché de Bade, sur 217 divorces, furent prononcés :

28,9	p. 100	pour adultère.
63,9	—	pour mauvais traitements, etc.
1,8	—	pour disparition.
1,8	—	pour condamnation déshonorante.
3,6	—	pour folie.

Knecht (de Colditz, en Saxe) a enregistré, sur 170 entrées de malades (hommes), 6 à 8 demandes en divorce.

Krafft Ebing indique que, de 1881 à 1894, en Prusse, le divorce pour aliénation figure pour 0,5 p. 100 des cas pour l'homme, et 1,3 p. 100 pour la femme.

Dans la discussion au Reichstag, il a été démontré qu'en Prusse il n'y avait pas eu une erreur à enregistrer, malgré cette circonstance aggravante, si l'on peut dire, que, avant 1900, la loi prussienne n'exigeait qu'un an de maladie, et que le terme employé (Wahnsinn) avait le sens le plus étendu. Dans les deux seuls cas que nous ayons rencontrés dans nos lectures, où les malades ont pu sortir guéris, l'auteur qui les relate, d'ailleurs sans détail, ajoute que le divorce survenu pendant la maladie était ce qui pouvait arriver de plus heureux pour les deux parties, et que les uns et les autres se montraient satisfaits de la situation. Nous ne pouvons trouver meilleure conclusion.

(1) *Psych.-neur. Woch.*, V., n° 57, 1903.
(2) *Ibid.*, n° 19, 3 août 1901, p. 198.
(3) *Psych.-neur. Woch.*, VIII, 1907, n° 41, p. 379.
(4) *Statistisches Jahrbuch für das Deutsche Reich*.
(5) *Vierteljahrschrift für gerichtliche Medizin*, 1889. La série d'articles de Mendel est entièrement à lire. Ce noble esprit considérait comme un titre d'honneur de faire aboutir la proposition de loi sur le divorce pour aliénation mentale.

REVUE CLINIQUE

Diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire et auscultation, par M. le Dr Berthier.

1° Le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire, pour présenter plus de garantie, doit se faire sur l'examen comparé des petits signes physiques pulmonaires et des symptômes généraux.

2° Le schème des gauchers et l'inversion de la formule respiratoire sous-claviculaire chez l'adulte, qui sont explicables par la dilatation active du thorax, permettent de comprendre toute l'importance de l'action thoracique dans la pathogénie de l'affaiblissement du murmure vésiculaire à l'état pathologique.

3° L'affaiblissement du murmure vésiculaire a des caractères et un pronostic différents, suivant qu'il est causé par l'infiltration tuberculeuse du parenchyme pulmonaire ou par l'insuffisance fonctionnelle du soufflet pulmonaire.

Danger des Méthodes simplifiées opposées à la Méthode clinique de l'exercice physiologique de respiration, par M. le Docteur Georges Rosenthal.

Cet auteur oppose l'exercice physiologique de respiration, méthode vraiment médicale, à la gymnastique respiratoire ancienne et aux méthodes simplifiées. La gymnastique respiratoire des Suédois se ressent de son origine empirique. Merveilleuse méthode de développement des muscles du corps humain sain, elle considère l'acte respiratoire dans son ensemble et ses meilleurs disciples l'ont reconnue incapable de s'appliquer aux malades.

L'exercice physiologique de respiration est une méthode qualitative qui s'inquiète de faire respirer le malade selon les lois naturelles et n'est pas un simple gavage d'oxygène.

D'une merveilleuse souplesse, il peut aussi bien modérer la respiration désordonnée que développer la poitrine. C'est une arme de choix dans la prophylaxie antituberculeuse et dans le traitement de la germination bacillaire au début, comme dans la convalescence des pleurésies.

Les méthodes simplifiées n'envisagent qu'une partie du problème respiratoire. S'il est utile de développer la respiration nasale, ce n'est toutefois qu'une partie de la question. De même on ne donne pas une bonne respiration complète en exerçant uniquement le diaphragme. Il est enfin imprudent de faire exécuter des mouvements actifs de bras accompagnés de respirations sans étude clinique préalable et sans contrôle sévère par l'auscultation; des tuberculeux latents pourraient en devenir des tuberculeux aigus.

L'emploi des méthodes simplifiées peut d'ailleurs convenir à tel ou tel cas spécial. Seul, l'exercice physiologique de respiration dans sa complexité, peut s'adapter à l'universalité des cas.

Recherches sur l'influence dite galactogène des injections sous-cutanées de lait (Méthode de Nolf), par MM. les Drs P. Chatin et Robert Rendu.

M. le professeur Nolf, de Liége, est le promoteur d'une méthode visant l'augmentation de la sécrétion lactée et consistant en des injections sous-cutanées de lait. L'auteur a expérimenté huit fois ce procédé, toujours avec succès : l'injection a été suivie, d'une façon constante, d'une augmentation durable et très nette de la sécrétion lactée qui, plusieurs fois, aurait été « rapidement doublée et triplée ». La même méthode, employée par nous à la Charité, nous a donné, pour *18 injections*, *18 insuccès* : 4 fois, l'injection a été suivie d'une diminution légère de la sécrétion lactée ; 4 autres fois, cette sécrétion est restée stationnaire ;

dans 5 cas, enfin, on a noté, sur la courbe quotidienne de sécrétion, une légère ascension, *consécutive aux injections, mais relevant toujours d'autres facteurs* (en particulier changement ou augmentation de nombre des nourrissons). C'est ce que démontrent péremptoirement nos courbes de sécrétion lactée, établies en faisant régulièrement la somme pondérale de toutes les tétées de la journée, poursuivies pendant plusieurs mois consécutifs.

REVUE DE PATHOLOGIE

L'épreuve de la phloridzine dans les affections hépatiques. par M. le Dr Jean Rebattu, chef de clinique médicale adjoint à la Faculté de Lyon.

Ce sont les résultats partiels des recherches commencées depuis près de deux ans, sous la direction de notre maître, le professeur J. Teissier, sur la signification clinique de l'épreuve de la phloridzine, que nous voulons rapidement exposer.

Dans notre thèse, nous discutions la signification de l'absence de glycosurie phloridzique, jusqu'alors considérée comme signe d'insuffisance rénale, chez des sujets atteints d'affections rénales, hépatiques, rénales et hépatiques. Nos conclusions étaient basées sur un ensemble de 107 observations, dont 71 personnelles. Nous attirions l'attention sur les troubles de la glycosurie phloridzique chez les sujets présentant des lésions ou des troubles hépatiques, précisément au moment où de nombreux physiologistes reconnaissent le rôle important mais non exclusif que joue le foie dans ce phénomène si complexe de la glycosurie phloridzique.

Nous voulons seulement aujourd'hui, sans nous occuper de la signification de l'épreuve de la phloridzine chez les rénaux et les brightiques, indiquer les résultats obtenus chez les sujets atteints d'affections hépatiques graves ou légères et dégager la signification de cette épreuve : aux observations personnelles qui ont figuré dans notre thèse, nous ajouterons celles qu'il nous a été donné de recueillir postérieurement.

Nous nous sommes attaché dans tous les cas à un examen clinique aussi complet que possible et nous avons eu recours à toutes les recherches de laboratoire que nous avons pu pratiquer, afin de pouvoir déterminer l'état fonctionnel du foie et du rein (examen urologique, dosage de l'urée, cryoscopie, épreuve de la glycosurie alimentaire, du bleu de méthylène) ; dans beaucoup de cas, des constatations nécroscopiques ont pu être faites et nous les avons complétées par des examens histologiques et parfois par l'inoculation au cobaye de fragments de foie, dans les cas de tuberculose.

Nous classerons nos observations en :

Cirrhose	11
Cancer du foie	2
Cirrhose cardiaque ou foie cardiaque	11
Dégénérescence tuberculeuse du foie	26
Ictère catarrhal ou infectieux bénin	8
Ictère infectieux de gravité moyenne	2

Nous indiquons le résultat de l'épreuve de la phloridzine, injectée à la dose de 5 milligrammes, de la façon suivante :

Glycosurie normale ;
Glycosurie diminuée (hypoglycosurie).
Glycosurie nulle (anaglycosurie).

Nous rangeons sous l'étiquette d'hypoglycosurie de nombreux cas dans lesquels nous n'avons trouvé que des traces de sucre, ou des quantités de 20 et 30 centigrammes, alors que le taux du sucre éliminé oscille normalement entre 1 et 2 grammes.

1° *Cirrhose* (11 observations).

Nous avons obtenu :

Hypoglycosurie	1
Anaglycosurie	10

2° *Cancer du foie* (2 observations).

Anaglycosurie	2

3° *Cirrhoses cardiaque ou Foie cardiaque* (11 observations).

Hypoglycosurie	1
Anaglycosurie	5

4° *Dégénérescence tuberculeuse du foie* (26 observ.).

Glycosurie normale	2
Hypoglycosurie	9
Anaglycosurie	15

5° *Ictère catarrhal ou infectieux bénin* (8 observations).

Glycosurie normale	2

A noter que, dans quatre cas, la quantité de sucre éliminée était supérieure à la normale, et l'on peut parler d'hyperglycosurie.

6° *Ictère infectieux de gravité moyenne* (2 observat.).

Hypoglycosurie	2

Dans l'un des cas, la guérison s'accompagne d'une glycosurie tout à fait normale. L'autre malade est encore à l'hôpital.

Nous pourrions encore ajouter d'autres observations concernant des sujets atteints de néphrite chronique, par exemple, ayant une glycosurie phloridzique normale et qui, ayant fait secondairement des troubles hépatiques, ont vu la glycosurie phloridzique devenir négative.

Rappelons aussi (ce que nous avons montré dans notre thèse) que lorsque le foie et le rein sont simultanément touchés, la glycosurie phloridzique n'est jamais normale ; il y a toujours alors hypoglycosurie ou anaglycosurie.

En somme, pour ne retenir que les 60 observations ayant trait à des sujets présentant des lésions ou des troubles hépatiques, nous pouvons, des résultats de l'épreuve et de la phloridzine, tirer les conclusions suivantes :

1° Pour les *affections hépatiques graves* (dégénérescence tuberculeuse du foie, cirrhose, cancer, foie cardiaque), la glycosurie phloridzique est diminuée et plus souvent encore nulle.

2° Dans les atteintes légères et passageres du foie (ictère catarrhal, ictère infectieux bénin) la gylcosurie phloridzique est normale et souvent même exagérée.

3° L'absence de glycosurie phloridzique est presque toujours un indice grave ; elle semble témoigner d'une atteinte sérieuse et souvent de la défaillance définitive du foie.

Modifications des globules sanguins après injection de 606, par MM. les Drs Lucien Thevenot, chef de Clinique médicale, et E. Brissaud.

L'étude des modifications déterminées dans le sang par les injections de 606 a été, jusqu'à ce jour, l'objet de peu de travaux. La plupart des auteurs, Neisser, Herxheimer, Schonnenfeld, Braendel, Torday, signalent une leucocytose notable, mais sans avoir insisté spécialement sur ce point. Le travail le plus important est celui de Yakimoff, publié dans les *Annales de l'Institut Pasteur ;* mais il s'agit uniquement d'expérimentation sur des rats et quelques singes ; l'auteur aurait noté une leucopénie, pendant vingt-quatre heures, par destruction globulaire et inhibition des organes hématopoiétiques, puis une hyperleucocytose ; il conclut à une rénovation du sang par le 606, lequel détruirait les globules anciens et exciterait les organes hématopoiétiques.

Nous nous sommes attachés, depuis le mois de février 1911, à l'étude de cette question. Nous avons suivi huit malades : pour six d'entre eux, la numération a été faite avant l'injection, puis deux à trois jours après, puis une deuxième fois quinze jours après. Dans deux cas, nous avons d'abord compté les globules sanguins, puis fait une première numération deux à quatre jours après l'injection de 606 ; à ce moment, une deuxième injection fut pratiquée, d'où nouvelle numération deux jours, puis quinze jours après. Chaque fois, nous avons déterminé le nombre des globules rouges et blancs, l'équilibre leucocytaire et la formule d'Arneth.

Voici les résultats de nos recherches :

1° En ce qui concerne les hématies, elles subissent, après l'injection de 606, une augmentation très accusée ; le plus souvent dans cinq cas sur huit), il existait à la première numération une diminution pouvant atteindre 1 million de globules : mais, après quinze jours, sept fois sur huit, une augmentation des hématies de 500.000 à 1.500.000 a été notée ; dans les cas où deux injections furent pratiquées, elle s'élevait à 2.000.000 et même 2.400.000.

2° Les globules blancs, contrairement à l'opinion de la plupart des auteurs, n'ont pas subi d'augmentation (numérations faites avec le sérum de Marcano au violet de gentiane). Au contraire, il existait presque toujours une diminution de 1.000 à 3.000 leucocytes après deux à trois jours, moins accentuée en général après quinze jours ; dans six cas sur huit, le nombre des globules blancs est resté de 500 à 3.000 inférieur à ce qu'il était avant l'arséno-benzol.

3° La formule leucocytaire normale avant le traitement s'est très peu modifiée ; la leucopémie portait plus sur les monucléaires que sur les polynucléaires.

4° La formule d'Arneth accusait, avant le traitement, une augmentation des II et III avec diminution des IV, souvent de plus de moitié ; on ne trouvait presque jamais de V.

Après l'arséno-benzol, on constatait une augmentation légère des IV et, seulement après quinze jours, les V apparaissaient dans quatre cas sur huit. (*Travail des cliniques des professeurs Teissier et Nicolas.*)

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Le traitement de la tuberculose pulmonaire par le pneumothorax artificiel (Méthode de Forlanini). Statistique et résultats, par M. le Dr Piery, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Lyon.

De l'analyse de 17 observations de phtisiques traités par nous à l'aide de la méthode de Forlanini, nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Des améliorations manifestes, des arrêts de la maladie peuvent être obtenus, au cours des phtisies caséeuses : pneumonie caséeuse (obs. III) et phtisie galopante (obs. I), c'est-à-dire au cours de formes cliniques de la tuberculose pulmonaire à évolution toujours rapidement mortelle et contre lesquelles jusqu'ici nous étions complètement désarmés.

2° Malgré les arrêts relativement prolongés de la maladie observés dans quatre cas de phtisie commune (obs. VII, VIII, IX et X), nous ne nous croyons pas encore autorisé à prononcer à leur sujet le mot de « guérison ».

3° La méthode de Forlanini nous apparaît donc comme la méthode de traitement la meilleure contre un certain nombre de tuberculoses pulmonaires (rentrant dans les catégories que nous précisons plus loin), en tant que seule capable, en l'état actuel de la phtisiothérapie, soit d'en enrayer pour un temps la marche fatale, soit d'en amener la guérison temporaire ou même définitive.

4° L'amélioration, par rapport aux nôtres, des résultats obtenus par le pneumothorax thérapeutique, est à attendre d'une application de la méthode à un stade suffisamment précoce de l'évolution des phtisies aiguës ou subaiguës (phtisies caséeuses) et surtout de son emploi plus courant au traitement des tuberculoses pulmonaires à évolution plus lente (phtisies fibro-caséeuses communes).

5° Les *accidents immédiats* par nous obser-

vés ont été : de l'emphysème sous-cutané (obs. IV, V, XI) et médiastinal (obs. I et XI), une ébauche de secousses convulsives gauches (obs. IV), mais surtout un cas de coma immédiat avec crises convulsives et mort en trente-sept heures (obs. XII).

6° Parmi les *accidents tardifs*, comme nos prédécesseurs, nous avons également observé des pleurésies avec épanchement séro-fibrineux (obs. III, V, VII) et purulent (obs. I et IV).

7° En tenant compte des inconvénients et des avantages par nous observés au cours de l'application de la méthode de Forlanini, nous sommes d'avis que les *indications* de cette méthode de traitement doivent s'étendre non seulement aux phtisies caséeuses, mais encore aux phtisies fibro-caséeuses communes, et cela à une époque aussi rapprochée que possible du début de leur évolution.

8° *L'unilatéralité* des lésions reste, à nos yeux, la condition de choix pour l'application de la méthode du pneumothorax thérapeutique aux formes cliniques précédentes, mais elle n'en représente nullement la condition exclusive. A ce point de vue, on s'efforcera, par une analyse clinique minutieuse, de distinguer entre eux les divers processus lésionnels caséeux, neumoniques ou bronchitiques développés sur le poumon opposé, les lésions ulcéro-caséeuses nous paraissant seules de nature à contre-indiquer l'application de la méthode. Dans le doute, nous n'hésitons pas à conseiller de passer outre (cas favorables des obs. I, III, IV, V, VII, où des lésions de nature restée douteuse pour nous, soit rétrocédèrent, soit demeurèrent stationnaires, en même temps que s'avérait l'arrêt de la maladie).

9° Nous conseillons, pour réduire au minimum les accidents de l'opération, les quelques détails de *technique opératoire suivants* : injection sous-cutanée préalable de 1 centigramme de chlorhydrate de morphine. emploi d'un appareil capable d'indiquer constamment les oscillations de la pression intra-pleurale, nécessité de déboucher constamment l'aiguille introduite, etc., *etc.*

Traitement de la fièvre typhoïde par les badigeonnages de gaïacol, par M. le Dr E. Lacroix, de Lyon.

Chez tout typhique en pleine fièvre, un badigeonnage de gaïacol, fait sur un point quelconque de la peau, sans préparation préalable de la région, détermine un abaissement de la température fébrile.

Par des explorations thermométriques rapprochées, il est constant d'observer que la température, qui commence à baisser vingt-cinq à trente minutes après l'application du gaïacol, atteint son minimum deux heures après le badigeonnage et qu'après un court état stationnaire, elle reprend une marche ascensionnelle pour atteindre son maximum quatre heures après le badigeonnage. Si, à ce moment, on fait une nouvelle application de gaïacol, on reproduit les mêmes oscillations thermiques, qui constituent la courbe thermométrique intercalaire entre deux badigeonnages, caractérisée par ces trois périodes : descente, état stationnaire, ascension.

Tels sont, sommairement exposés, les faits qui nous ont permis de régler définitivement la méthode des badigeonnages de gaïacol dans le traitement de la fièvre typhoïde ; elle peut se résumer comme suit :

Toutes les quatre heures, jour et nuit, si la température du malade atteint 39 degrés, faire un badigeonnage avec n-gouttes de gaïacol, sur la partie antérieure de la cuisse (cette région a été choisie comme particulièrement commode); *recouvrir le point badigeonné avec une feuille de gutta-percha que l'on fixe avec une légère bande. Reprendre la température deux heures après le badigeonnage pour en contrôler l'effet.*

Chez l'adulte, employer le gaïacol pur ; *chez l'enfant, ajouter au gaïacol une proportion variable d'alcool pour en abaisser le titre.*

Il est bien entendu que l'on ne doit pas négliger les soins généraux : lavages de la bouche, lavements frais. soins de la peau, régime, etc.

Depuis l'année 1893, nous avons traité 97 typhiques (31 enfants, 39 femmes et 27 hommes) par les badigeonnages de gaïacol ; l'étude de nos observations nous conduit aux conclusions suivantes :

1° L'action antipyrétique des badigeonnages de gaïacol est puissante et fidèle ; elle est sensiblement proportionnelle à la dose employée. La dose utile varie avec l'âge, le sexe, la sensibilité individuelle et la phase de la maladie ; nous n'avons jamais atteint la dose de 1 gramme de gaïacol par badigeonnage.

2° L'action antithermique n'est pas simplement visible sur la courbe thermométrique intercalaire entre deux badigeonnages ; elle manifeste son influence à la fois sur la courbe nycthémérale et sur la courbe thermométrique générale de la maladie. L'étude des courbes des moyennes des températures maxima montre qu'il existe, au début du traitement, une lutte plus ou moins longue entre la fièvre et la médication (Fieberkampf), marquée par un plateau, et qu'après cette période de lutte, une apyrexie relative se maintient jusqu'à la fin de la maladie.

3° Tous les symptômes (pouls, respiration, diurèse, état de la langue, phénomènes nerveux, etc.) subissent une amélioration parallèle à l'abaissement de la température.

4° Cette méthode de traitement ne présente aucune contre-indication. Elle n'offre aucun danger : la crainte des grands abaissements de température est illusoire ; d'ailleurs, ces grands abaissements peuvent être le plus souvent évités en n'employant que des doses appropriées.

5° Sans partager complètement l'optimisme de quelques auteurs, étrangers, qui affirment que la méthode des badigeonnages de gaïacol est supérieure à celle des bains froids, nous estimons qu'elle peut supporter honorablement la comparaison avec la méthode de Brand. Elle mérite donc d'être mieux connue, car elle est supérieure aux traitements par les médicaments internes (antipyrine, pyramidon, etc.). Elle est d'une application facile et commode ; elle peut rendre de grands services aux praticiens.

Valeur relative de quelques tuberculines dans le traitement de la tuberculose oculaire, par M. le Dr Louis Dor, de Lyon.

Les différentes tuberculines contiennent dans des proportions très variables les différents poisons solubles ou adhérents, que sécrète le bacille de Koch.

L'émulsion bacillaire (B. E.) est la seule tuberculine qui contienne tous les poisons sans en excepter aucun.

La tuberculine Calmette (C. L.), est une solution très pure du principe soluble le plus thermogène sécrété par le bacille.

L'endotine russe est, au contraire, une solution pure d'un autre principe soluble non thermogène.

Après avoir obtenu des résultats thérapeutiques importants avec l'émulsion bacillaire, M. L. Dor a voulu savoir si des résultats comparables pouvaient être obtenus avec la tuberculine C. L. et avec l'endotine russe. Les deux principes étant contenus dans l'émulsion bacillaire, il s'agissait de savoir lequel des deux, à l'état isolé, donnerait des résultats semblables à ceux que l'on obtient avec la tuberculine B. E. Or, les résultats thérapeutiques ont été tout à l'avantage de l'endotine russe, et il semble que, pour la tuberculose oculaire, la tuberculine C. L. ne soit pas à conseiller.

REVUE DU LABORATOIRE

Étude comparative des procédés de coloration de Ziehl et de Much (Gram modifié) pour la recherche des bacilles de Koch dans les crachats. (*Travail du Laboratoire du Sanatorium F. Mangini, à Hauteville*), par MM. les Drs F. Dumarest et Ch. Murard.

La recherche des bacilles de Koch pratiquée depuis plusieurs mois dans l'expectoration de tous nos malades (200 analyses), d'une façon systématiquement parallèle, par les procédés de Ziehl et de Much, nous a montré que ce dernier mode de coloration n'a pas le pouvoir de déceler plus souvent le bacille chez les tuberculeux ou les malades suspects de tuberculose.

Les préparations obtenues par la méthode de Much offrent une très belle coloration, les bacilles y ont une forme granuleuse constante, mais ils n'apparaissent pas plus fréquemment ni en plus grand nombre que par la méthode de Ziehl ; la coloration rouge de celle-ci présente, d'autre part, l'avantage de ne permettre aucune erreur.

CARNET DU PRATICIEN

Dyspnée cardiaque

Régime lacté exclusif : 3 à 4 litres par jour pendant 10 à 12 jours. Plus tard, éviter les bouillons, potages gras, viandes peu cuites et faisandées, gibier, fromages forts, poissons, conserves, charcuterie. Insister sur : laitage, légumes en purée, œufs frais, viandes bien cuites.

Tous les mois pendant 5 à 6 jours, ou tous le 15 jours, régime lacté exclusif. De temps en temps, lavement froid à 20° et, pendant 3 jours, dose quotidienne de 2 gr. 50 de *théobromine.*

En même temps :

Benzo-naphtol	25 grammes
Charbon	15 —

pour 50 cachets : 4 à 6 par jour.

Ou :

Benzo-naphtol	25 grammes
Charbon	15 —
Pancréatine	5 —

pour 50 cachets.

S'il y a besoin de purgatif :

Calomel	0 gr. 60
Scammonée	0 gr. 30
Jalap	0 gr. 30

en 2 cachets. (Huchard.)

Pharyngo-mycose

Extirper aussi complètement que possible les végétations du leptothrix avec une pince ou même avec une curette, puis badigeonner la muqueuse avec la solution iodo-iodurée :

Iode métallique	2 grammes
Iodure de potassium	3 —
Eau	20 —

Ecthyma syphilitique

Faire tomber les croûtes en les ramollissant avec de la vaseline et un cataplasme. Appliquer ensuite un pansement humide et s'opposer à l'auto-inoculation. Quand les pustules ne sont pas nombreuses, les recouvrir avec des bandelettes d'emplâtre rouge imbriquées. (Tenneson.)

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 17.500 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 35, rue J.-J. Rousseau

Le Gérant : Docteur Lucien Graux.

VILLES DE SAISON

CE QUI SE PASSE

A l'Académie.

Dans sa dernière réunion, l'Académie de médecine a renvoyé à l'examen de sa Commission permanente des eaux minérales un certain nombre de demandes formées par des propriétaires du bassin de Vichy, en vue d'obtenir l'autorisation de décanter et de gazéifier les eaux minérales provenant de leurs sources.

ÉCHOS

Hommage au professeur Hayem

Les amis, les collègues et les élèves de M. le Professeur Georges Hayem, ont pris l'initiative de lui offrir une médaille à l'occasion de son départ de la Faculté et des Hôpitaux.

Prière d'envoyer les cotisations à M. Bensaude, 2, rue de Penthièvre.

Les souscripteurs de 25 francs recevront un exemplaire de la plaquette en bronze; les souscripteurs de 50 francs, un exemplaire en bronze argenté et les souscripteurs de 100 francs un exemplaire en argent.

Asile de Ville-Evrard

Le docteur Paul Bronsse, ancien député de Paris, est nommé directeur de l'asile de Ville-Evrard, en remplacement du docteur Piettre, ancien sénateur, décédé. M. Bronsse a été on s'en souvient président du Conseil municipal en 1905, et c'est à lui qu'échut en cette qualité la mission de présenter à Edouard VII, au palais de Buckingham, l'assemblée parisienne invitée à Londres par le County-Council.

Clinique annexe d'oto-rhino-laryngologie. — Tableau général des cliniques, conférences et exercices pratiques qui seront donnés dans le service oto-rhino-laryngologique de l'hôpital Lariboisière pendant le premier semestre de l'année scolaire 1911-1912.

1° *Enseignement clinique permanent.* — L'enseignement clinique par M. Pierre Sebileau, agrégé de la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux, chargé de cours d'oto-rhino-laryngologie à l'hôpital Lariboisière, a lieu tous les matins à 9 heures à partir du 2 novembre 1911.

Horaire des cours : lundi 9 heures, visite dans les salles; 10 heures, policlinique (salle des conférences). Mardi 9 heures, visite; 10 heures, opérations. Mercredi 9 heures, ablation de végétations adénoïdes et amygdales; 10 heures, examen broncho-œsophagoscopique et petite chirurgie spéciale (salle d'opérations, 2e étage). Jeudi 9 heures, visite; 10 heures, opérations. Vendredi 9 heures, visite; 10 heures, policlinique. Samedi 9 heures, visite; 10 heures, opérations;

2° *Cours pratique et élémentaire de technique oto-rhino-laryngologique.* — Ce cours sera fait par M. Sebilean, assisté de M. Lemaitre, oto-laryngologiste des hôpitaux, et de M. Halphen, ancien interne des hôpitaux, assistant du service. Il commencera le mardi 14 novembre 1911, à 9 heures, à Lariboisière (salle des conférences) et continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure; il comprendra douze conférences. Ce cours essentiellement pratique est destiné aux docteurs et étudiants qui désirent suivre le service pendant l'année scolaire ou qui veulent avoir des notions générales de spécialité. Les élèves seront exercés individuellement au maniement du laryngoscope et des divers instruments employés en oto-rhino-laryngologie. Ce cours est obligatoire et gratuit pour les stagiaires de la Faculté inscrits dans le service. Pour les autres auditeurs, le droit à verser est de 50 francs. Se faire inscrire dans le service;

3° *Cours pratique et élémentaire de clinique oto-rhino-laryngologique.* — Ce cours (avec présentation de malades) commencera le mardi 12 décembre 1911, à 9 heures, hôpital Lariboisière, salle des conférences; il se continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure et se terminera en février 1912. Il sera fait par M. Juin, assistant adjoint du service, et MM. Ronget et Miégeville, internes du service.

Ce cours est obligatoire et gratuit pour les stagiaires inscrits dans les services. Pour les autres auditeurs, le droit à verser est de 50 francs. Se faire inscrire dans le service.

Les élèves qui auront suivi régulièrement le cours de clinique pourront être autorisés à examiner des malades dans la salle de consultations externes :

4° *Cours complémentaire de perfectionnement.* — Cet enseignement sera fait sous la direction de M. Sebileau; il comprendra : *a*) des conférences d'anatomie chirurgicale spéciale par M. Grivot oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux, et M. Ronget. Ces conférences auront lieu les lundi 22, mercredi 24 et vendredi 26 janvier 1912, à 2 h. 1/2; *b*) un cours d'opérations spéciales par MM. Sebileau, Lombard, oto-laryngologiste des hôpitaux à l'hôpital Laënnec, et Grivot. Ce cours commencera à 2 h. 1/2 le lundi 30 janvier 1912 à l'amphithéâtre des hôpitaux. Il se continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure jusqu'au 14 février inclus; *c*) des conférences sur l'acoumétrie et l'exploration fonctionnelle de l'appareil auditif, par M. Halphen. Ces conférences auront lieu le matin à 9 heures à l'hôpital Lariboisière du 12 au 17 février 1912; *d*) des conférences théoriques et pratiques de broncho-œsophagoscopie par M. Lemaitre. Ces conférences auront lieu le matin à 9 heures à l'hôpital Lariboisière les vendredi 16, samedi 17 et dimanche 18 février 1912 et l'après-midi à 2 heures à l'amphithéâtre des hôpitaux le vendredi 16 février 1912; *e*) des conférences d'anatomie pathologique et de bactériologie à l'usage des spécialistes, par MM. André et N., chefs de laboratoire. Ces conférences auront lieu du 19 au 26 février 1912 les lundis, mercredis et vendredis à 2 heures. Le droit à verser pour l'enseignement complémentaire de perfectionnement est de 150 francs. On peut s'inscrire pour un seul cours, le droit à payer est de 60 francs. Se faire inscrire dans le service.

Des certificats d'assiduité pourront être délivrés aux élèves à la fin des cours.

Mesure disciplinaire contre le docteur Savary.

Par décision du président du Conseil, il a été décidé que serait frappé d'une peine disciplinaire le docteur Savary, inspecteur départemental de l'assistance publique dans la Sarthe, qui avait invité ses collègues à agir auprès de la commission du budget pour obtenir des augmentations de traitement.

La peine disciplinaire dont le docteur Savary sera l'objet n'a pas encore été déterminée. On annonce qu'il sera suspendu de ses fonctions pendant un ou deux mois.

Il n'est pas inutile de rappeler que le 27 juin 1902, le docteur Savary déposait au Conseil d'Etat un pourvoi contre une série de sept nominations qui avaient été faites dans le personnel de l'inspection des enfants assistés, en violation du décret réglementaire du 8 mai 1887.

Ces nominations dataient des 30 mars 1900, 24 octobre 1900, 31 juillet 1901, 1er mai 1902 et 30 mai 1902.

Au commencement de 1904, le Conseil d'Etat rendait un arrêt longuement motivé, annulant les nominations que le docteur Savary avait attaquées — sauf une à l'égard de laquelle M. Savary s'était désisté.

Le docteur Savary avait été nommé inspecteur départemental de la Sarthe il y a trois mois à peine. Il était précédemment dans le Nord.

Tableau à trouver.

Dans notre numéro du 25 octobre, sous ce titre : « Tableau à trouver », nous demandions à nos lecteurs, sur la requête de notre confrère, M. le Dr Jude Hue (de Rouen), où se trouve *le Martyr de Saint-Symphorien* de Ingres.

Cette question nous a valu trois réponses de MM. les porteurs Paul Perrin, de Châtillon-en-Bazois (Nièvre), Arsène Pineau, de Paris et J. Gasser, d'Oran.

Nos trois confrères sont unanimes à déclarer que le tableau en question se trouve présentement suspendu dans l'une des chapelles latérales de la cathédrale Saint-Lazare à Autun.

Ce tableau dont on peut à Autun se procurer des représentations sur des cartes postales, fut, nous apprend le Dr Gasser, conçu et exécuté en esquisse vers 1830 et ce n'est qu'après plusieurs retouches, tant dans la composition que dans la peinture, qu'il fut exposé au Salon de 1834. Le succès, paraît-il, ne fut pas même d'estime et c'est alors que Ingres, à la fois furieux et désolé, ferma son atelier de Paris et demanda la direction de l'Ecole de Rome qui lui fut accordée.

La réforme prochaine des études médicales et l'assemblée des professeurs de Faculté.

On connaît les doléances du corps médical sur la réforme des études et le retard dans l'exécution des décrets visant l'enseignement de la médecine. Nous sommes heureux d'annoncer que cette question si intéressante vient de faire un pas décisif.

A l'Assemblée générale de l'Association des professeurs de faculté de médecine réunie sous la présidence de M. Jules Courmont, de Lyon, ce dernier a pu en effet, officiellement annoncer que les ministres de l'Instruction publique et des Finances s'étaient mis d'accord sur les crédits nécessaires à la réforme; ils ont été demandés par eux à la Commission du budget. Grâce au chaleureux appui de MM. Thomson, vice-président; Viviani, rapporteur du budget de l'Instruction publique et d'autres membres de la Commission, celle-ci fut unanime à déclarer que ces dépenses présentaient un caractère d'urgence absolue.

Nul doute donc que la réforme des études médicales ne soit un fait accompli à la rentrée de novembre 1912. Essentiellement pratique dès le début, l'enseignement de la médecine se fera en cinq années.

Une grève étrange.

Les malades du service des maladies de la peau et maladies vénériennes de l'hôpital d'Odessa viennent de se mettre en grève... contre les traitements qui leur sont ordonnés et ont avisé de leur refus de traitement les directeurs de l'hôpital. La raison? Elle est au moins originale. Ils prétendent être soignés par le 606 et protestent contre le misonéisme des médecins se cantonnant encore dans l'usage d'armes désuètes. La grève se fait au cri de : « A bas la vieille pharmacie » « le 606 for ever. »

Doux pays. On y massacrait l'an dernier les médecins sanitaires luttant contre le choléra, on boycotte aujourd'hui les tenants du mercure.

82e Année (Série XIIIe) — N° 120 Le Numéro : 25 Centimes Mercredi 15 Novembre 1911

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
9, Rue Denis-Poisson, PARIS
TÉLÉPHONE : 573-40

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale......... 15 fr.
Edition Espagnole.... 10 fr.
Edition Portugaise.... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

ÉCHOS

Soins médicaux aux douaniers.

Le Conseil général de la Gironde vient de donner un avis favorable au vœu suivant qui lui était présenté par le docteur Dupaux :

« Que l'État assure les soins médicaux et pharmaceutiques aux douaniers en les faisant admettre dans les Sociétés de secours mutuels partout où la chose est réalisable, en payant pour eux la cotisation réglementaire, ou qu'il leur alloue une somme équivalente, en sus de leurs appointements ordinaires, sous la rubrique « frais de maladie », dans les communes où il n'existe pas de Sociétés de secours mutuels. »

La Tuberculose.

On obtient des résultats excellents d'après les derniers travaux sur l'opothérapie hépatique (filndine, etc.).

L'importation des produits chimiques, pharmaceutiques et eaux minérales aux îles Philippines.

D'après le *Bulletin de l'Office national extérieur*, notre importation en ces articles s'est chiffrée, en 1910, par 57.715 dollars, sur un total de 539 743 dollars. Les principaux pays fournisseurs sont : les Etats-Unis (193.713 dollars), l'Allemagne (83.392), le Royaume-Uni (83.757).

Bien que nos eaux minérales, comme celles d'Espagne et du Royaume-Uni, soient en progression depuis un an (7.806 dollars contre 4.763 dollars), il est à craindre que la fabrication locale ne restreigne nos apports ultérieurs grâce à son bas prix de revient et à sa vogue parmi l'indigène.

Nos spécialités pharmaceutiques, par contre, ont quadruplé d'importance en deux ans.

La police des mines en Belgique.

Le *Moniteur* publie un arrêté royal disant que chaque siège d'exploitation de toute mine de houille en activité, comportant au moins 50 ouvriers au poste le plus chargé, doit être pourvu d'une installation de bains-douches, du système par cabines isolées, avec vestiaire attenant.

ÉCHOS

La vente d'un cabinet médical.

La jurisprudence considère, on le sait, comme illicite et nulle la vente des cabinets de médecin et de chirurgien-dentiste, la clientèle médicale étant « une chose qui n'est pas dans le commerce », puisqu'elle dépend des qualités professionnelles des praticiens et aussi de la confiance qu'ils inspirent.

La 5e Chambre civile vient cependant, dans une question d'espèce, il est vrai, de décider, après plaidoiries de Me Jacobson et Justal, qu'une telle vente — celle d'un cabinet dentaire — est parfaitement valable quand elle s'assortit d'un droit au bail et de la faculté pour l'acquéreur de se dire le successeur du vendeur.

Au téléphone.

Le bureau téléphonique de Canton (Ohio) vient d'être le théâtre d'expériences bien intéressantes. En présence de six médecins convoqués à cet effet, une dizaine d'employés ont reçu par téléphone le fluide de M. Fernando Lontzenheiser, magnétiseur connu, qui opérait de Pittsburg, laquelle ville est séparée de Canton par plus de 160 kilomètres. Deux des patients se montrèrent récalcitrants et quittèrent l'appareil aussi guillerets qu'ils pouvaient l'être avant le début de la communication. Mais cinq téléphonistes eurent à peine pris les récepteurs qu'ils tombèrent aussitôt dans un profond sommeil. Un autre de leurs confrères se révéla si bien doué au point de vue hypnotique que sa carrière de médium est assurée s'il quitte jamais l'administration. Sentant qu'il avait affaire à un sujet exceptionnel, M. Loutzenheiser en jouait, à quarante lieues de distance, comme d'un instrument. Depuis la rudesse impérieuse jusqu'au murmure le plus persuasif, sa voix parcourait tous les registres et prenait tour à tour toutes les inflexions, tandis que les assistants voyaient se refléter sur le visage du téléphoniste les plus diverses nuances de sensibilité. A la fin, M. Lontzenheiser, non content d'avoir mis le sujet en hypnose, le conduisit progressivement à la catalepsie : « Ton bras gauche est insensible. » Le bras tombait inerte, et les six médecins y enfonçaient toute une pelote d'épingles sans éveiller le moindre signe de douleur. « Lève la jambe droite ». La jambe se dressait obliquement vers le ciel, et l'effort combiné des six médecins n'arrivait point à la ramener vers le sol. « Tu es une pierre », criait dans le téléphone la voix nasillarde du magicien de Pittsburg. Le patient s'écroulait, bras et jambes tendus, en travers d'un fauteuil, et les six médecins s'assirent sur sa poitrine, sans faire céder d'une ligne ce corps en porte-à-faux. Inutile d'insister sur l'intérêt de ces expériences. Elles nous présagent, en vérité, un bien charmant avenir. Si l'on peut, en effet, endormir désormais à distance les demoiselles du téléphone, combien de temps allons-nous attendre les communications? *Se non e vero...*

La visite sanitaire des prostituées.

La Cour de cassation a rendu, récemment, un arrêt fort intéressant en la matière. Elle a décidé que l'inscription d'une prostituée sur les registres des filles publiques crée contre elle une présomption qui ne peut être détruite que par la preuve contraire. En conséquence, la fille dont le nom figure sur ces registres doit se soumettre aux visites sanitaires obligatoires prescrites par arrêté préfectoral, alors que le juge du fait, souverain appréciateur des circonstances de fait, décide, après une enquête minutieuse, que cette fille est toujours une prostituée et n'a pas réalisé sa réhabilitation. La fille ne peut prétendre que son inscription est nulle parce que l'original de l'acte de notification de l'arrêté municipal enjoignant son inscription sur les registres sanitaires ne porte pas la signature du maire. Cette formalité n'étant pas prescrite par la loi, seul est applicable l'article 96 de la loi du 5 avril 1884 : la notification en forme se suffit à elle-même et oblige la fille à se soumettre.

La guerre à l'alcool.

Il ne semble pas que depuis la propagande antialcoolique dans les collèges et les écoles primaires, l'alcoolisme ait diminué, si l'on admet que la consommation de l'alcool est en proportion du nombre de débits de boissons. Ce nombre est en France de 1 pour 80 habitants ou pour 30 hommes adultes. Dans quelques départements même il est de 1 pour 36 habitants ou 16 hommes adultes ; on dit que dans le Pas-de-Calais, il est de 1 pour 15 habitants ou 6 hommes adultes. Paris comprend 30.000 débits, Londres en a 5.860 pour une population double.

L'exercice de la médecine en Italie.

Un médecin avait été appelé au chevet d'un malade, près de Carrare. Il s'agissait d'une infection épidémique et une injection de caféine était nécessaire. Le frère du moribond crut, selon une superstition répandue dans les campagnes, que le médecin voulait injecter la mort à son frère. Il déclara au médecin qu'il lui ferait sauter la cervelle s'il touchait au malade. Le médecin profita pourtant d'un moment où cet énergumène était occupé pour appliquer le traitement indispensable. Mais ses gestes étaient épiés par le paysan entêté. Il tomba frappé en plein cœur d'une balle de revolver.

Le frère du médecin, en apprenant cette mort tragique, s'arma à son tour d'un revolver, se mit à la poursuite de l'assassin et, l'ayant retrouvé, lui logea à bout portant cinq balles dans la tête.

A propos de sérums.

Un docteur en médecine, le docteur Régnier, vient d'être poursuivi devant la 10e Chambre correctionnelle, pour contravention à la loi de 1895 sur les sérums thérapeutiques.

Dans l'espèce, il s'agissait d'un sérum antisyphilitique, tiré du sang de singes immunisés, que le docteur disait, pour sa défense, n'être fourni qu'aux médecins qui lui en faisaient la demande.

Seulement la loi de 1895 exige expressément, pour l'emploi et la mise en vente de tout sérum, qu'il soit autorisé par le gouvernement, après rapports de l'Académie de médecine et de l'Institut Pasteur. Et le Tribunal, confirmant la nouvelle jurisprudence de la Cour de cassation, a condamné le docteur Régnier, pour lequel Me Joseph Hild avait plaidé, à 100 francs d'amende.

Le paradis des pharmaciens.

Le nombre des pharmacies, en Amérique, a augmenté, récemment, dans des proportions considérables; en ces deux dernières années, il s'est accru de 1.574 officines.

Le nombre total des pharmacies existant actuellement en Amérique est de 45.908, dont 3.421 en Pensylvanie, 2.099 en Illinois, 2.516 au Texas, 2.522 dans la ville de New-York, et 2.158 dans l'Ohio.

Le plus petit nombre se trouve dans l'Alaska, où il n'y en a que 28.

Défense de fumer dans les pharmacies.

Par une circulaire de l'inspecteur sanitaire de Varsovie, les propriétaires et les gérants des pharmacies sont informés qu'il est défendu de fumer dans tous les endroits où l'on prépare des médicaments, la fumée et même les cendres de tabac pouvant être nuisibles aux préparations pharmaceutiques. Des avis, relatant cette défense, devront être placés en évidence dans les pharmacies à l'usage du public.

Propriétés biochimiques

NATURELLES ET ACQUISES DU SANG

LEÇON FAITE A L'OUVERTURE DES COURS DE L'ÉCOLE ANNEXE DE MÉDECINE NAVALE DE BREST

Par M. A. SAINT-SERNIN

Pharmacien de 1re classe de la Marine
Professeur de chimie biologique

Amiral,
Monsieur le Directeur,
Messieurs,

L'être vivant apparait au chimiste, suivant l'expression de Claude Bernard, comme traversé incessamment par un courant de matière qui le renouvelle dans sa substance en le maintenant dans sa forme. Le sang, connu de tout temps et toujours nouveau, justifie de plus en plus le terme, ou plutôt l'indétermination large et prévoyante, de « courant de matière » que lui assignait le grand physiologiste français et c'est du sang que l'actualité m'amène à vous parler aujourd'hui.

Chargé de véhiculer sans cesse les produits d'assimilation et de désassimilation, le liquide sanguin ne joue pas seulement le rôle d'intermédiaire passif; c'est un tissu vivant, dans les constituants duquel (globules rouges, leucocytes divers, plasma) se trouve accumulée l'énergie chimique indispensable aux réactions biologiques. Ce pouvoir biochimique, le sang le doit surtout à son état physique, à la présence, dans sa constitution, de matières albuminoïdes à l'état colloïdal.

On entend par état colloïdal de la matière un état voisin de l'état liquide, avec lequel il fut longtemps confondu, état de dissolution apparente, degré de ténuité tel que l'imagination en est confondue, que le filtre le plus parfait ne peut retenir les particules solides constituantes, que le microscope le plus puissant et le plus perfectionné ne peut les déceler. Il faut, pour en constater l'existence, faire usage de l'ultra-microscope, et alors elles apparaissent comme une multitude de points brillants et mobiles sur le fond noir, donnant à la préparation l'aspect d'un ciel sombre constellé d'étoiles.

A cette ténuité, si grande que un gramme de platine colloïdal représente une surface de cinquante mètres carrés, répond la propriété, dite catalytique, d'accélérer un processus chimique par la seule présence, en très faible quantité, d'un corps colloïdal sans que ce corps lui-même en soit ou modifié ou diminué.

D'une manière générale, on peut dire que toutes les matières vivantes sont des colloïdes : les cellules constituant les divers tissus sont des composés de substances colloïdales; les ferments solubles, les diastases, les enzymes, ne sont, dit Iscovesco, que des mélanges colloïdaux; les divers sucs digestifs, la ptyaline, la pepsine, la trypsine, l'invertine, d'autres encore, qui permettent l'élaboration des matières nutritives, sont des colloïdes et les membranes cellulaires elles-mêmes ne sont que des complexes colloïdes.

Le sang contient des ferments qui sont à l'état colloïdal et qui doivent à leur propriété catalytique de pouvoir opérer, à peu de frais, sans réactions violentes, les multiples transformations chimiques nécessaires à la vie. C'est ainsi que, dans le plasma, on trouve une amylase qui transforme le glycogène en glucose et une maltase qui, partant du maltose, aboutit au même résultat. La présence de ces deux ferments digestifs explique comment s'achève dans le sang la digestion des hydrates de carbone, qui doivent, en définitive, arriver aux muscles à l'état de glucose. Dans le sang se trouvent une lipase, c'est-à-dire un ferment capable de dédoubler les matières grasses en glycérine et acides gras libres, un ferment glycolytique, un ferment oxydant direct, des ferments oxydants indirects ou catalases. Il s'y trouve encore des antiferments destinés, comme leur nom l'indique, à tempérer, à neutraliser au besoin l'action des ferments. Tous ces produits diastasiques, qu'ils proviennent de la sécrétion des leucocytes ou qu'ils appartiennent en propre au plasma, communiquent au sang la plupart de ses propriétés physiologiques.

Parallèlement à ces dernières, connues et bien étudiées depuis longtemps, notre milieu intérieur en possède d'autres, qu'ont mises en lumière les recherches de ces dernières années, propriétés non plus seulement d'entretien, mais propriétés de lutte, nécessitées par l'ambiance nocive dont ne sort triomphant qu'un organisme adapté.

Un phénomène qui va nous permettre d'aborder des faits nouveaux est caractérisé par la désagrégation, sous diverses influences, du globule rouge, par la mise en liberté de son hémoglobine qui diffuse dans le serum, auquel elle communique une teinte rouge vif uniforme : c'est la mort du globule; c'est l'hémolyse.

De nombreux agents physiques peuvent produire ce phénomène : le froid, la chaleur, la pression mécanique, le simple changement de concentration moléculaire du liquide où nage le globule. L'eau distillée jouit du pouvoir d'hémolyse, n'étant pas isotonique au sérum normal et c'est pourquoi, dans toutes les expériences biologiques, dans toutes les injections curatives, sous peine de nuire aux globules de l'animal ou du malade, on doit faire usage, comme vecteur, de sérum physiologique (eau chlorurée sodique à 8 p. 1000) isotonique au sérum sanguin.

Des substances chimiques peuvent aussi provoquer l'hémolyse : les alcalis, les acides, les éthers, les alcools, certains lipoïdes, nom sous lequel on désigne, d'une façon générale, les matières grasses, graisses proprement dites, cholestérines, lécithines.

Il en est de même de certaines substances bactériennes et de quelques toxines animales, comme le venin des serpents.

Ce qui nous intéresse par-dessus tout, c'est qu'il en est encore de même, vis-à-vis des globules rouges de certaines espèces animales, du sérum sanguin normal, isotonique cependant d'autres espèces; c'est ainsi, par exemple, que le sérum du chien peut hémolyser en partie les globules rouges du cheval, du mouton, du lapin, du cobaye; que le sérum humain peut produire le même phénomène vis-à-vis des globules rouges des animaux précités et d'autres encore. On connait enfin le pouvoir hémolytique, considérable pour tous les globules rouges, que possède le sérum d'anguille.

Un savant français, M. Bordet, a pensé que ce pouvoir hémolytique d'un sérum vis-à-vis de globules rouges hétérogènes devait être attribué à un ferment nouveau, dont le sang serait encore le véhicule. Il a constaté que cette propriété naturelle pouvait être, par certaine préparation, exaltée; qu'on pouvait, en outre, artificiellement, la faire naître vis-à-vis de telles ou telles hématies dans un sérum qui, naturellement, ne les hémolyse pas. Le sérum de cobaye n'hémolyse pas les globules de lapin; mais qu'on fasse dans le péritoine d'un cobaye des injections successives, à petites doses, de globules de lapin et le sérum du cobaye ainsi préparé acquiert le pouvoir d'agglutiner d'abord, puis de détruire *in vitro* les hématies de tout lapin. Il s'est donc produit chez l'animal une réaction de défense contre l'élément hétérogène injecté, réaction qui a déversé dans le sang un ferment hémolytique artificiel.

Cette réaction de défense est d'ordre général et les hématies n'ont pas seules le pouvoir de la provoquer.

Dans le sang des animaux infectés par des micro-organismes, que ce soit le vibrion cholérique, le bacille typhique ou d'autres, il se développe une substance bactériotoxique, dont les effets, vis-à-vis du microbe qui l'a provoquée, sont analogues à ceux des substances hémotoxiques et hémolytiques vis-à-vis des globules rouges.

Les anciens savaient qu'un certain nombre de maladies infectieuses confèrent l'immunité, c'est-à-dire qu'une première atteinte donne à l'organisme le pouvoir de résister à une nouvelle infection de même nature. C'est donc qu'il se développe au sein de cet organisme des propriétés nouvelles antimicrobiennes et spécifiques, et de cette conception devait naître, après la découverte des toxines microbiennes, la méthode de vaccination progressive qui nous a valu les admirables découvertes, en sérothérapie, de Pasteur, de Roux, de Vaillard et d'autres encore.

Une expérience de Pfeiffer, désormais classique, fut le point de départ de tous les travaux entrepris sur le pouvoir bactéricide des sérums et l'immunité. Lorsqu'on injecte une culture pathogène (du vibrion cholérique, par exemple) dans le péritoine d'un cobaye neuf, le microbe se développe avec rapidité et ne tarde pas à déterminer une péritonite mortelle. Qu'on prélève une goutte de sérosité péritonéale quelques minutes après l'inoculation, qu'on l'examine en goutte pendante ou à la chambre humide, on y constate la présence d'une quantité innombrable de vibrions très mobiles, en tout semblables à ceux que contient un bouillon de culture. Qu'au contraire le cobaye ait été préalablement immunisé par un sérum anticholérique, par des cultures atténuées de vibrion, la mort ne se produit pas et la sérosité péritonéale, examinée au bout d'un quart d'heure, ne contient que des vibrions peu nombreux, dépourvus de motilité, accolés les uns aux autres, agglomérés en « îlots d'archipel »; c'est le phénomène de l'agglutination. La forme de ces microbes, de plus, est modifiée; ils sont ramassés sur eux-mêmes, en boules, en partie détruits : *c'est la bactériolyse.*

Max Gruber a observé l'agglutination du bacille typhique chez l'animal immunisé, M. Widal en a tiré cette conséquence : *le sérodiagnostic de la fièvre typhoïde*.

D'une manière générale, l'introduction, dans le sang, de globules rouges hétérogenes, de cils vibratiles, de spermatozoïdes, d'éléments glandulaires, d'agents infectieux, est susceptible d'y provoquer l'apparition de propriétés biochimiques empêchantes, dues à des *lysines* ou *cytotoxines* (hémolysines, spermotoxines, bactériolysines). Les sérums peuvent acquérir le pouvoir d'agglutiner divers éléments cellulaires (levures, microbes, globules sanguins); il se forme en eux des *agglutinines*. Ils peuvent devenir capables de précipiter les matières albuminoïdes (celles d'autres sérums sanguins, du lait, de l'albumine de l'œuf ou des urines; cette action est due à des *précipitines*. On voit encore apparaître dans les sérums des *antitoxines* : microbiennes (antitoxine tétanique, antitoxine diphtérique), végétales (antiricine), des antivenins, des antihémolysines, des anticytotoxines. Enfin, la théorie de Metchnikoff sur l'immunité attribue l'hyperproduction des grands leucocytes mononucléaires et des polynucléaires neutrophiles, éléments de défense, à des *opsonines*, substances à pouvoir phagocytogène exalté.

En un mot, lorsque se trouve accidentellement ou expérimentalement mêlée au milieu vital d'un organisme une substance étrangère et nocive, il se produit dans le sang de cet organisme des principes antagonistes qui tendent à détruire ou neutraliser la substance introduite. Ces principes qui s'opposent au corps vulnérant, sont dénommés *anticorps*, et le corps vulnérant qui leur donne naissance, qui les engendre, est appelé *antigène*.

Tous les anticorps se forment dans les leucocytes du sang et sont de nature protéique; ils diffèrent entre eux seulement par leurs propriétés physico-chimiques et leur réaction de colloïdes à colloïdes ou de lipoïdes colloïdaux à lipoïdes.

Cette conception de l'immunité artificielle permet d'interpréter par analogie l'immunité naturelle. C'est parce que notre organisme a subi, au cours de son developpement ancestral ou individuel, une série d'invasions microbiennes et d'infections, qu'il a emmagasiné une quantité considérable d'anticorps vis-à-vis de nombreux agents nocifs.

Suivant que l'être vivant menacé en possède déjà ou n'en possède pas, qu'il a ou n'a pas le temps de les multiplier à l'occasion d'une invasion pathogène ou toxique, il y a non-infection, infection avec guérison ou infection mortelle.

Le mode d'action des anticorps n'est pas complètement connu, mais on possède à son égard bien des données. Les anticorps d'antigènes solubles et ceux d'antigènes figurés se comportent différemment.

Dans le premier groupe, les antitoxines semblent se combiner chimiquement avec les toxines correspondantes pour donner naissance à des corps nouveaux dépourvus de toxicité; cette neutralisation des toxines est comparable à la réaction chimique banale de la neutralisation d'un acide par une base. Les antiferments neutralisent de même les ferments. Enfin, c'est sans doute en se combinant aussi aux matières albuminoïdes que les précipitines précipitent ces matières.

Les anticorps d'antigènes figurés semblent agir d'une façon plus complexe. Les hémolysines, les bactériolysines, seraient composées de deux substances agissant concurremment pour produire l'effet que l'on constate, la destruction des hématies et des bactéries.

L'une de ces substances permet à l'autre de se fixer sur les éléments à détruire, c'est le *fixateur;* on l'appelle encore *sensibilisatrice*, parce qu'on peut interpréter son action en supposant qu'elle stupéfie l'antigène et le prive de ses moyens de défense. La sensibilisatrice est un produit d'immunisation spécifique, d'où le nom qu'on lui donne encore d'*immunisine;* elle n'agit que sur l'antigène qui a provoqué son apparition. Elle est thermostabile, c'est-à-dire qu'elle résiste à une heure de chauffage à 55 degrés et n'est détruite qu'au-dessus de 80 degrés.

L'autre substance constituante des lysines porte les noms de *complément*, d'*addiment*, ou encore d'*alexine* et de *cytase*. C'est un produit naturel, banal, contenu dans tout sérum neuf et frais, en quantité variable. Il complète, d'où son nom, l'action de la sensibilisatrice. Contrairement à celle-ci, il est thermolabile, c'est-à-dire a la propriété, comme la plupart des ferments, d'être détruit à 55 degrés et c'est cette différence de résistance à l'action thermique qui a permis de distinguer l'un de l'autre les deux éléments de défense, l'élément neuf et spécifique, la sensibilisatrice et l'élément constant, mais impuissant quand il est seul, le complément. L'alexine ne se fixe pas sur l'antigène lorsque manque l'intermédiaire de la sensibilisatrice spécifique; elle n'agit qu'à la manière d'une teinture qui, selon l'expression de Bordet, pour prendre sur une étoffe a besoin d'un mordant.

Au fur et à mesure qu'un antigène quelconque est introduit dans l'organisme, il provoque la formation d'anticorps qui se fixent sur lui et fixent en même temps, dévient ou absorbent le complément que contient tout sérum. En d'autres termes, le complément a besoin, pour se fixer sur l'antigène, d'avoir comme intermédiaire une sensibilisatrice spécifique. Chaque fois que se trouveront en présence, *in vitro* comme *in vivo*, un antigène, son anticorps spécifique et du complément, ils s'uniront entre eux, la sensibilisatrice attirant à la fois l'antigène et le complément et portant encore, pour cette raison, le nom d'*ambocepteur*.

Le schéma d'Ehrlich, reproduit dans toutes les publications spéciales, donne une image visuelle de cette conception.

Le complément n'existe qu'en quantité limitée, aussi bien dans les sérums préparés que dans les sérums neufs; la combinaison de l'antigène à l'anticorps n'en est jamais saturée; autrement dit, cette combinaison ne laisse jamais auprès d'elle de complément en liberté.

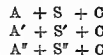
Sur toutes ces données repose une méthode récente de sérodiagnostic, méthode qui permet de savoir si un sujet est ou n'est pas infecté par un antigène déterminé, autrement dit, si son sérum contient ou ne contient pas l'anticorps spécifique de cet antigène, en recherchant s'il y a dans le sérum examiné du complément libre ou s'il n'y en a pas.

Notre camarade, le Dr Goëré, au cours de conversations récentes, nous donnait une formule à lui, tout ensemble explicative et mnémotechnique relative à ce nouveau mode de diagnostic; il établit cette formule de la façon suivante :

Antigène, sensibilisatrice, complément, A + S + C; voilà les termes d'une réaction biochimique complète.

A et S sont solidaires l'un de l'autre, ce qui revient à dire que la sensibilisatrice ou anticorps est spécifique par rapport à son antigène. Au contraire, C est indifférent; il est contenu dans tout sérum et il peut compléter tout groupe A + S pour permettre la réaction.

On pourra donc avoir toute une série de réactions qui s'inscriront sous la forme:



A + S + C
A′ + S′ + C
A″ + S″ + C

Il est des cas où le résultat de cette réaction est perceptible à nos moyens d'investigation actuels, par exemple la réaction d'hémolyse. On met en présence des globules de mouton, comme antigène A; du sérum d'animal naturellement hémolytique pour les globules de mouton ou artificiellement rendu tel, sérum qui contient la sensibilisatrice spécifique de A, c'est-à-dire S, et qui contient aussi, comme tout sérum, du complément C.

Les trois termes A, S, C sont en présence et le résultat de la réaction se manifeste à nos sens; les globules se désagrègent, ils abandonnent leur hémoglobine au sérum qui, dans le tube à essais, prend une teinte rouge uniforme, alors que, si l'on avait uni les globules à du serum ne contenant pas la sensibilisatrice spécifique de A et contenant seulement du complément (A + C), les globules, non détruits, seraient tombés au fond du tube, laissant le sérum incolore.

Un exemple encore, le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde : on met en présence une culture en bouillon de bacille d'Eberth et du sérum de typhique.

La culture, c'est l'antigène A.

Le serum contient S, la sensibilisatrice spécifique de A, puisque le sujet est infecté par l'antigène.

Il contient en outre C comme tout sérum.

Nous avons en contact A + S + C. La réaction est complete et elle est perceptible à nos sens, car, sous le microscope, une goutte du liquide ainsi préparé montre les bacilles réunis, pressés les uns contre les autres, groupés en amas agglutinés : c'est le terme, alors qu'une goutte de culture pure nous les montrerait isolés, disséminés dans la préparation.

A côté de ces cas, il en est d'autres où la réaction A + S + C, bien que produite, n'est pas perceptible aux moyens d'investigation dont nous disposons et c'est le résultat des travaux de ces dernières années d'avoir permis d'en reconnaître quand même indirectement l'existence.

Le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde est d'hier; celui d'autres affections, la syphilis entre plusieurs, est d'aujourd'hui; il porte le nom de réaction de Wasser-

mann, ou encore celui facile à justifier de réaction de fixation ou de déviation du complément.

L'idée maîtresse de cette découverte remarquable est celle-ci :

Qu'on mette dans un tube à essai l'antigène de la syphilis : nous avons A. (Cet antigène ne peut être une culture de tréponèmes, parce qu'on ne sait pas les cultiver, sans quoi, probablement, A + S + C donnerait une agglutination de tréponèmes pâles et le séro-diagnostic de la syphilis serait tout aussi simple que celui de la typhoïde; l'antigène indiqué par Wassermann est une macération de foie pulvérisé de nouveau-né hérédo-syphilitique).

Dans le même tube, ajoutons le sérum d'un individu suspect de syphilis. Ce sérum contient ou ne contient pas la sensibilisatrice spécifique S, suivant que le sujet a ou n'a pas la maladie, et c'est le X du problème.

Ce sérum contient, en tout cas, du complément C, comme tout sérum normal ou pathologique; mais comme il s'agit ici d'une réaction délicate, dont tous les éléments connus doivent l'être exactement, supprimons ce complément par la chaleur à 55 degrés; S, s'il existe, est thermostabile et résistera à cette température. Nous avons maintenant un mélange qui peut se formuler ainsi : A ± S.

Ajoutons encore du sérum de cobaye, qui n'agira que par son complément C, complément qui peut être exactement dosé. Nous avons cette fois.

$$A \pm S + C$$

Rien, ni macroscopiquement, ni microscopiquement, ne nous permet, à l'heure actuelle, de préjuger du signe arithmétique placé devant S.

C'est ici qu'intervient l'idée d'ajouter à ces éléments ceux d'une réaction de même ordre à résultat perceptible.

Dans notre tube mettons un nouvel antigène A', par exemple des globules de mouton, une nouvelle sensibilisatrice S', spécifique pour A', c'est-à-dire un sérum naturellement ou artificiellement rendu hémolytique pour les globules de mouton.

Ce sérum est chauffé à 55 degrés pour que le complement qu'il contient en plus de la sensibilisatrice soit détruit.

Nous avons :

$$A \pm S + C + A' + S'.$$

Que se passera-t-il alors, suivant que S sera précédé du signe + ou du signe —?

Si c'est le signe + :

la réaction A + S + C était complète,
C était fixé,
C était devié,

et dans le second terme de la formule, il ne restait plus que A' + S'; faute de complément, la réaction hémolytique ne peut plus se produire. Les globules de A' tombent au fond du tube, ils conservent leur hémoglobine, il n'y a pas d'hémolyse, le sérum reste incolore.

La réaction de Wassermann est dite positive, car le sujet dont on étudie le sérum a la syphilis.

Qu'au contraire le sujet n'ait pas la syphilis, alors S est précédé du signe —.

La formule devient :

$$A - S + C + A' + S'$$

A, dépourvu de S, ne peut pas fixer C.

Au contraire, le groupement C + A' + S' est complet; la réaction d'hémolyse a lieu, les globules se désagrègent; l'hémoglobine, devenue libre, se dissout dans le sérum et la teinte apparaît. Il n'y a pas eu fixation ou déviation du complément avant la mise en jeu des derniers termes de la réaction. C est resté libre pour compléter A' + S'. On dit alors que la réaction de Wassermann est négative, car le sujet n'a pas la syphilis.

Donc :

$$(A + S + C) + A' + S' = \text{pas d'hémolyse} = W +$$
$$A - S + (C + A' + S') = \text{hémolyse} = W -$$

ou, d'une manière générale :

$$A \pm S + C + A' + S' = W \pm.$$

Qu'on ne mette pas dans le tube à essai A, l'hémolyse aura toujours lieu :

$$\pm S + (C + A' + S') = \text{hémolyse.}$$

Qu'on n'y mette pas de sérum suspect, il en sera de même :

$$A \pm (C' + A' + S') = \text{hémolyse.}$$

Qu'on ne mette pas de complément au contraire,

$$A \pm S + A' + S'$$

et l'hémolyse ne pourra jamais avoir lieu.

Tels sont les divers modes de contrôle employés par Wassermann dans des tubes témoins et que la formule indiquée permet à la fois de comprendre et de retrouver facilement.

Vous venez de voir, Messieurs, dans la réaction de Wassermann, complexe à première vue, mais simple à l'analyse, applicable non seulement à la syphilis, mais au kyste hydatique, aux différentes mycoses, un résultat des plus heureux des connaissances nouvelles sur cet infini biologique qu'est le sang.

L'exposé de cette réaction complète et met en valeur les conceptions que nous avons développées devant vous. Ces conceptions, de toute actualité, mènent aujourd'hui la science et la pratique médicales; elles dominent la médecine du temps présent. La connaissance de colloïdes naturels, en effet, l'obtention de solutions métalliques colloïdales, à effets catalytiques, si voisins de ceux des ferments, permettent d'entrevoir les plus belles espérances; la thérapeutique de l'avenir sera surtout colloïdale et aura surtout pour but de créer des immunités naturelles.

Les belles recherches de Bordet et Gengou sur les anticorps ont ouvert aux chercheurs un vaste champ d'études. Bien des résultats déjà sont acquis : tels la caractérisation du sang en médecine légale, l'explication objective du phénomène de l'immunité, les méthodes nouvelles de séro-diagnostic; mais il est évident que, malgré la collaboration féconde des physiologistes, des bactériologistes, des cliniciens et des chimistes, la voie n'est qu'à peine tracée.

La chimie biologique, gagnée au dynamisme, c'est-à-dire à l'étude des actions et des réactions morbides dans leur vie et leur évolution, en nous montrant la lutte entre le microbe agissant par les toxines, les cellules malades sécrétant les leucomaïnes d'Armand Gautier et de Brieger, et les leucocytes se défendant par les antitoxines, en nous faisant connaître la nature diastasique des anticorps, a préparé l'avènement de la thérapeutique physiologique, nous a conduits aux immunisations, à la bactériothérapie et à la sérothérapie modernes, dont les applications deviennent de jour en jour plus nombreuses et plus efficaces.

***

Les propriétés bio-chimiques du sang montrent bien toute l'importance et toute l'efficacité du traitement par l'opothérapie sanguine. C'est ainsi que le Globéol, qui contient le protoplasma intégral et le sérum desséché provenant du sang de jeunes chevaux sains, reposés et à jeun depuis la veille, apporte à l'organisme les ferments vivants du sang en pleine activité et provoque dans l'organisme la formation d'anticorps.

L'Angiocholite et son Traitement

Rien n'est davantage commun comme les maladies hépatiques. Celles-ci se présentent sous des aspects cliniques si variés qu'elles ont donné lieu à des descriptions multiples correspondant chacune à une affection particulière; elles sont en réalité beaucoup moins diverses qu'on l'admet habituellement. Leur variété apparente tient à leur polymorphisme et dépend souvent de leur stade et surtout est liée à ce que l'on s'arrête plus volontiers à la prédominance d'un symptôme particulier. En fait, ces affections ressortent toutes de l'infection biliaire et traduisent toutes de l'angiocholite chronique dans toutes ses phases, avec ses conséquences et ses aboutissants.

Ces faits, qui ont été naguère si bien mis en évidence par M. le prof. Gilbert, les médecins que favorisent les conditions spéciales de leur pratique les connaissent parfaitement.

Ainsi, en s'appuyant sur la seule clinique, le Dr Tourtoulis (du Caire) estime qu'il convient de réunir tous ces cas dans ce qu'il appelle « l'engorgement chronique du foie » et les tableaux qu'il en trace sont de tous points comparables à celui des modalités de l'angiocholite chronique que nous observons couramment dans nos pays.

Dans les régions chaudes — et dans celles-ci il convient de comprendre tous les pays méditerranéens sans exception — les états cholémiques légers sont des plus fréquents. Or, bien que très souvent ils n'incommodent guère, il n'est pas douteux cependant qu'il y aurait réel avantage à les traiter dès leur début. Ainsi, en effet, on obtiendrait souvent leur guérison sans grande peine.

Mais, pour la raison que nous venons de voir, les infections biliaires peuvent longtemps rester latentes. Or, dans ces derniers cas, encore que le sujet ne paraisse guère atteint, son foie réagit à l'infection. Mais c'est justement ce que l'on observe dans ces cas d'engorgement chronique de Tourtoulis dont nous parlions tout à l'heure. Dans ces cas, cet engorgement s'accompagne de troubles gastro-intestinaux avec langue saburrale, constipation, selles modifiées, flatulence, dyspepsie hyperpeptique, etc., cependant que le foie est gros à 5, 6, 7 centimètres au-dessous des fausses côtes, parfois indolore, de consistance variable. Des troubles nerveux multiples s'adjoignent souvent aussi à ces signes alors que l'état

général est conservé bon ou encore est très altéré avec teint subictérique, cachexie, albuminurie et sucre.

Quelquefois, du reste, les troubles nerveux masquent les autres symptômes et les malades qui ne se plaignent point de leur foie sont pris pour des neurasthéniques. L'hydrothérapie qu'on leur recommande aggrave leur état et c'est seulement quand on les met au régime, quand on leur prescrit une cure thermale qu'on voit leur mal s'amender. *Naturam morborum medicationes ostendunt* dit justement le vieil adage.

En somme, ce qu'il importe de retenir de ces faits, c'est qu'en pays chauds, l'engorgement chronique du foie répond toujours à l'infection biliaire chronique que nous observons dans nos climats. L'évolution est en réalité la même L'un comme l'autre guérissent par le régime et la cure thermale et l'un comme l'autre peuvent dans les cas défavorables amener la mort par hémorragie ou transformation cirrhotique. Et c'est ce qu'a fort bien vu Tourtoulis qui écrit : « C'est donc l'engorgement chronique du foie durant assez longtemps et se prononçant par des déviations minimes de l'action vitale du foie qui conduit quelquefois aux lésions plus profondes du tissu hépatique de nature cirrhotique. »

Et c'est justement, en effet, ce qui arrive pour la cholémie simple qui guérit par le régime et qui, non soignée, évolue, comme l'a si bien noté le prof. Gilbert, vers la splénomégalie-méta-ictérique, l'ictère chronique et finalement vers la cirrhose biliaire.

Mais, quand on la recherche systématiquement chez quantité d'habitants des pays chauds, Portugais, Égyptiens, Algériens, fonctionnaires européens d'Afrique ou d'Indo-Chine, on constate souvent en dehors de toute tare de syphilis, de paludisme ou d'éthylisme, de l'angiocholite chronique à des stades variables, le plus souvent méconnue parce qu'en général très bénigne.

En pratique, pour que les sujets intéressés se préoccupent de ces angiocholites, il faut qu'un accident aigu, en raison de l'intensité des phénomènes douloureux qu'il détermine, vienne attirer l'attention. Mais, le plus souvent, il n'en est pas ainsi. Le foie tropical, pour employer l'expression imagée du savant médecin anglais Patrick Manson, se constitue très insi dieusement et, pour ainsi dire, le plus naturellement du monde. Voyez, en effet, le tableau qu'en trace ce maître en médecine tropicale. « Le jeune européen qui se trouve pour la première fois sous les tropiques est très souvent entouré d'un grand luxe en ce qui concerne la nourriture, les vins, les voitures, les domestiques, luxe auquel il n'avait pas été accoutumé dans son pays. Tout d'abord ce changement, l'excitation de la nouveauté et la température élevée agissent comme stimulants de son appétit et la perte énorme de liquide par la transpiration cutanée provoque une soif intense. Dans ces conditions, il n'est pas étonnant que le jeune homme, possédant un bon appétit et les moyens de le satisfaire, se laisse aller à absorber des aliments et à boire au delà des limites physiologiques. La chaleur le rend paresseux; il ne peut pas prendre d'exercice pendant la journée, et, le soir, au lieu de marcher, d'aller à cheval ou de jouer en plein air, il préfère s'étendre sur la véranda ou s'asseoir au café. Il veillera probablement très tard, en buvant et fumant, de sorte que le matin il aura trop sommeil pour se promener à cheval ou prendre quelque exercice. Alors par suite de la surchage d'aliments et d'alcool, par suite de la diminution d'activité dans les fonctions pulmonaires qui accompagne l'élévation de la température et l'inactivité physique, le foie se trouve obligé de fournir une somme inaccoutumée de travail physiologique. A cette somme plus grande de travail correspond une hyperémie de l'organe. Ainsi se constitue le premier stade du « foie tropical » — hyperémie résultant de l'activité fonctionnelle; à cette période il s'agit d'un état purement physiologique. (1)

Mais, les accidents ne s'en tiennent pas là, d'ordinaire. Bientôt ils s'accentuent et alors la congestion prend un caractère pathologique et le moment ne tarde pas à venir où, sa maladie étant devenue chronique, le sujet doit quitter les régions tropicales et rentrer en Europe.

Ces remarques cliniques si précises de Patrick Manson, l'observation populaire les a en partie relevées depuis longtemps. Tout le monde, en pays chaud, sait combien les nouveaux arrivés sont sensibles du foie. Et, n'est-ce pas dans le vulgaire une opinion courante que chez les habitants des régions chaudes, le tempérament bilieux est la règle. En pareille matière, l'expérience de tous est unanime. Cependant, comme le note excellemment Patrick Manson, si chez les nouveaux venus en pays coloniaux l'engorgement hépatique se crée si facilement, c'est que de leur part les infractions à un régime rationnel, c'est que les abus d'alcool et de nourriture, sont en général nombreux.

En présence d'une telle situation, pour remédier au danger que nous venons de noter, il est de toute évidence qu'il est particulièrement important de venir au secours du foie surmené et mis d'autant plus aisément en état d'infériorité dans sa lutte contre les toxi-infections digestives que « sous cette température optima pour le développement des micro-organismes, les viandes subissent une putréfaction extemporanée, non perceptible à l'ingestion ou masquée par condiments usités ».

Mais pour un tel office, les armes ne manquent pas. En particulier, la filudine, produit nouveau qui unit aux extraits opothérapiques, spléniques et hépatiques un sel récemment découvert la thiarféine ou thiométhyl-arsinate de caféine est particulièrement indiquée! Par ses extraits opothérapiques, en effet, la filudine est admirablement préparée à remédier à l'insuffisance hépatique et spléique en même temps que par la thiarféine qu'elle renferme elle combat heureusement toute dépression nerveuse en même temps que les élements fébriles.

Dénuée du reste de toute toxicité, l'usage de la filudine peut être poursuivi sans inconvénient durant un temps prolongé et, de ce chef, il se recommande tout particulièrement à tous les habitants des régions tropicales et plus spécialement aux nouveaux venus, en raison des dangers presque inévitables d'intoxication auxquels ils se trouvent exposés.

(1) Patrick Manson. — *Maladies des pays chauds*, p. 413 et 414.

Restent alors les troubles gastro-intestinaux qui accompagnent si fréquemment comme nous le notions plus haut, les congestions hépatiques. Mais, c'est aujourd'hui chose connue que pour venir à bout de ces derniers accidents le jubol peut rendre les plus grands services, non seulement parce qu'il permet d'éviter la stase intestinale dont on connaît les fâcheux résultats, mais aussi parce qu'en raison des extraits biliaires entrant dans sa composition, il favorise la digestion intestinale et surtout assure l'antisepsie de l'intestin.

Evidemment, l'usage de la filudine et du jubol, ne saurait suffire à garantir la cure définitive des accidents d'angiocholite chronique ou aiguë. Mais il peut les empêcher de s'aggraver, il peut surtout, chez les sujets prédisposés mais non encore atteints, établir un état sérieux de défense organique et de la sorte prévenir la formation d'un état pathologique toujours grave et d'un avenir souvent très sombre.

REVUE DE CHIRURGIE

Cancer du haut rectum. Amputation abdomino-périnéale, avec conservation du sphincter anal, par M. le Dr Lagoutte (du Creusot) (*Société de Chirurgie de Lyon.*)

J'ai eu récemment l'occasion de pratiquer une extirpation abdomino-périnéale pour cancer du haut rectum chez l'homme.

Le bon résultat opératoire que j'ai obtenu tout en rétablissant un anus périnéal avec conservation du sphincter, m'engage à communiquer cette observation à la Société de chirurgie.

Observation.

Il s'agit d'un homme de 62 ans, L... Claude, entré à l'Hôtel-Dieu du Creusot, le 10 avril 1911. Le début de son affection remontait au moins à dix-huit mois. A cette époque, le malade commença à remarquer dans ses selles des glaires sanguinolentes. Puis s'établirent des alternatives de diarrhée et de constipation, des envies de plus en plus fréquentes d'aller à la selle, suivies seulement de l'émission de quelques scyballes ou de liquide diarrhéique et sanglant. Amaigrissement progressif de 10 kilos pendant ces dix-huit derniers mois.

A son entrée, le malade, malgré cet amaigrissement, semble encore en bon état général.

A l'examen de l'abdomen, on sent que l'S iliaque est remplie par des amas de matières stercorales. Mais aucune tumeur n'est perceptible par le palper. Le toucher rectal permet de sentir tout à fait à bout de doigt l'extrémité inférieure d'une tumeur occupant toute la circonférence de l'intestin et réduisant la lumière du canal aux dimensions d'un crayon. Par le toucher et le palper combinés, la tumeur semble jouir d'une certaine mobilité. Le malade semblant en état de supporter une opération importante, l'intervention est pratiquée le 15 mars 1911 avec l'assistance du Dr Briau, et conduite de la façon suivante :

A. *Temps abdominal.* — 1° Laparotomie médiane du pubis à l'ombilic, en position de Trendelenburg. La tumeur est reconnue au fond du petit bassin, tout à fait à la partie inférieure de l'anse sigmoïde. De suite, il apparait qu'il est impossible d'extirper le néoplasme et de rétablir par la suture la continuité du tube digestif.

2° Un fil est placé sur l'intestin, au-dessus de la tumeur, au niveau du point où devra porter la section intestinale.

3° Le péritoine est incisé sur les parties latérales du méso, de chaque côté et en avant, au niveau du cul-de-sac vésico-rectal. Décollement et isolement de ces feuillets péritonéaux.

4° Ligature et section du méso de l'anse sigmoïde dans la portion située au-dessous de la ligature intestinale et qui doit être amputée.

5° Décollement aussi loin que possible en bas du rectum, qui est séparé en arrière de la concavité sacrée, en avant de la vessie.

6° Mobilisation à la Duval de l'S iliaque dans toute son étendue. Après ce temps opératoire, l'anse mobilisée semble bien suffisamment longue pour pouvoir s'abaisser jusqu'au périnée. Si la mobilisation n'avait pas été suffisante, il eût été possible, sans compliquer beaucoup l'opération, de décoller tout le côlon descendant et même d'aller libérer l'angle gauche du côlon, comme l'ont indiqué MM. Cavaillon et Chalier.

7° Une pince de Museux fine est introduite par le Dr Briau dans le rectum et son extrémité dirigée jusqu'au-dessus du néoplasme, où elle saisit la paroi intestinale. La pince est ramenée au dehors, de façon à invaginer le néoplasme et la partie sus-jacente de l'intestin, et à débarrasser de cette manière le fond du petit bassin de toute la partie à amputer.

8° Péritonisation soignée du petit bassin et faite suffisamment haute pour qu'elle ne gêne pas l'abaissement de l'anse.

9° Fermeture de l'abdomen par un seul plan de fils métalliques.

B. *Temps périnéal.* — Malade mis en position dorso-sacrée :

1° Incision circulaire de l'anus au niveau de l'union de la muqueuse et de la peau. Décollement aussi haut que possible de la muqueuse à la Whitebead. Fermeture par une ligature du cul-de-sac muqueux.

2° Incision antérieure pré-rectale, et isolement du rectum, du bulbe, de la prostate, à la manière habituelle, jusqu'au décollement amorcé par l'abdomen. Isolement par la même incision des faces latérales du rectum et section des lames aponévrotiques recto-génitales.

3° Incision postérieure, médiane, commençant à 4 centimètres de l'anus pour finir au-dessus de l'articulation sacro-coccygienne. Résection du coccyx. Décollement du rectum en arrière.

4° Le doigt gauche, introduit dans l'anus avivé et servant de guide, on incise le reste des tuniques du rectum au-dessus de la muqueuse décollée et au-dessus de la sangle des releveurs, sans ouvrir la cavité intestinale.

5° Toute l'anse intestinale est amenée avec facilité par l'incision postérieure. On coupe l'intestin au-dessous de la ligature placée par l'abdomen et laissée en place.

6° Les chefs de cette ligature sont ramenés à travers l'anus avivé et avec eux l'extrémité inférieure de l'intestin.

7° Suture avec drainage des deux incisions antérieure et postérieure.

8° Ablation de la ligature et suture de la muqueuse intestinale au pourtour de l'anus.

En somme, dans ce temps périnéal, j'ai suivi point par point la manière de faire indiquée par M. Cunéo, dans le *Journal de Chirurgie* d'août 1908, pour l'ablation périnéale du rectum avec conservation du sphincter.

Les suites ont été des plus simples. Il n'y a eu aucun choc, aucune réaction péritonéale. La température n'a pas dépassé 38°.

Actuellement, dix-huit jours après l'opération, la cicatrisation est très avancée et le malade peut être considéré comme guéri.

Il commence à contracter son sphincter et à retenir ses matières.

J'ai déjà opéré par le procédé périnéal indiqué ci-dessus un malade atteint de cancer de l'ampoule.

Ce malade, opéré en juin 1910, n'a pas encore de récidive et a des fonctions sphinctériennes absolument parfaites. Il est probable qu'il en sera ainsi de mon dernier malade.

L'amputation abdomino-périnéale chez l'homme est toujours une opération grave parce que longue et laborieuse. Mais, ainsi conduite, elle me paraît réunir les conditions les plus favorables au point de vue de la facilité, de la sécurité opératoire et aussi du résultat fonctionnel.

L'ablation des cancers du haut rectum et de l'extrémité inférieure de l'anse sigmoïde ne peut être qu'exceptionnellement réalisée par les voies abdominales ou périnéales seules.

Rarement on tombera sur une tumeur suffisamment extériorisable pour qu'on puisse en pratiquer l'ablation par résection et rétablissement de la continuité intestinale par la seule laparotomie. Il faut réunir bien des conditions: tumeur de l'anse sigmoïde assez haut située, mobilité suffisante de l'anse et de la tumeur.

Et s'il s'agit d'une tumeur du haut rectum proprement dit plutôt que de l'anse sigmoïde, une telle opération devient absolument impossible.

La voie périnéale seule permet dans certains cas, d'abaisser 15 à 20 centimètres d'intestin et même plus. Mais la facilité d'abaissement est très variable ; on ne sait pas à l'avance, si on ne l'a pas vérifié par laparotomie, le degré de mobilité du néoplasme, son étendue, ses connexions. Pour peu que la tumeur remonte un peu haut, on aura grand'peine à amener suffisamment d'intestin. L'opération sera parcimonieuse. Les sutures de la muqueuse au périnée tireront, on aura des menaces de sphacèle, si bien que l'anus artificiel préalable sera toujours une sage précaution.

En somme, la voie périnéale seule, tout comme la voie abdominale seule, ne peut être qu'une voie d'exception pour aborder ces cancers du haut rectum.

Reste donc la méthode abdomino-périnéale, qui présente dès l'abord l'immense avantage de permettre une exploration complète du néoplasme et de limiter l'opération à un simple anus artificiel, au cas où le développement du cancer contre-indique toute tentative de cure radicale.

Mais alors, deux manières de faire se présentent : ou bien extirper purement et simplement le bout inférieur, après établissement d'un anus iliaque définitif, ou bien extirper l'anse recto-sigmoïde, mais en conservant l'anus périnéal et les fonctions sphinctériennes.

Cette seconde manière de faire représente évidemment un idéal au point de vue résultat fonctionnel. Je crois que sa gravité opératoire est moindre et voici mes raisons :

D'abord, l'opération peut rester strictement aseptique, aussi bien dans le temps abdominal que dans le temps périnéal. Il n'y a aucune ouverture viscérale jusqu'au dernier temps de l'opération.

Un des facteurs de gravité de l'abdomino-périnéale est la difficulté de péritoniser le petit bassin, de l'isoler de la grande cavité péritonéale. On ne dispose pas, en effet, de ce grand lambeau péritonéal antérieur qui est la clef de la chirurgie gynécologique. C'est précisément ce qui a conduit M. Tixier à préconiser l'ablation préalable de l'utérus pour faciliter l'abdomino-périnéale chez la femme. En abaissant le côlon au périnée, c'est cet intestin qui va fournir l'étoffe de la péritonisation. Rien de plus facile que de suturer à son pourtour les petits lambeaux péritonéaux antérieurs et latéraux taillés au début de l'intervention. La cavité péritonéale peut être ainsi exactement isolée, tout en réduisant à son minimum l'exclusion du petit bassin.

Dans l'abdomino-périnéale ordinaire l'ablation de l'anse recto-sigmoïde laisse dans le petit bassin un énorme espace mort, qu'il faut tamponner, et qui est exposé à l'infection, fait d'autant plus grave que l'isolement du petit bassin est souvent imparfait.

En abaissant le côlon au périnée, cet espace disparaît, comblé qu'il est par l'anse colique et son méso, qui viennent prendre la place du rectum.

Pour toutes ces raisons, je crois que l'opération ainsi conduite présente le maximum de sécurité opératoire.

On peut se demander si, étant décidé à conserver l'anus et le sphincter, il ne vaudrait pas mieux, par la voie postérieure sacro-coccygienne, réséquer la partie à sacrifier de l'anse abaissée, en conservant le bas rectum, puis suturer l'un à l'autre les deux bouts intestinaux.

Il ne me semble pas qu'il y ait avantage. La suture, en effet, porterait, au moins pour le bout inférieur, sur des tuniques intestinales dépourvues de péritoine. La désunion partielle et la fistule seraient à peu près fatales, d'où la nécessité, pour éviter l'infection d'un anus artificiel préalable et dans l'espèce d'un anus cæcal.

Au contraire, en amenant l'anse colique au périnée, à travers le sphincter conservé, il est inutile de créer préalablement un anus de dérivation.

En résumé, l'extirpation abdomino-périnéale du rectum pratiquée comme ci-dessus me semble présenter une grande sécurité opératoire, parce qu'elle peut se faire d'un bout à l'autre d'une façon aseptique, sans ouverture intestinale, avec un isolement complet et parfait de la grande cavité péritonéale, avec la suppression au maximum de tout espace mort dans la cavité du petit bassin. Elle donne également le maximum de satisfaction au chirurgien et au malade, puisque tout en permettant une cure aussi radicale que possible, elle laisse en place un anus continent, sans les inconvénients des dérivations intestinales temporaires ou définitives.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Vaccination antituberculeuse préventive et curative chez l'homme, par M. le Dr M. Duquaire, de Lyon.

J'ai d'abord repris les expériences de vaccination préventive humaine de Maragliano, qui n'avaient suscité aucun imitateur.

Dès avril 1910 je vaccinai contre la tuberculose cinq personnes, dont moi-même en tout premier lieu, afin de m'assurer de l'innocuité de cette petite intervention. Les résultats de ces cinq premiers essais ont été relatés dans la *Province médicale* dès le 25 février 1911.

Or, l'un de ces sujets était légèrement atteint de tuberculose du poumon à la première période, il fut guéri très rapidement et son pouvoir agglutinant fut quadruplé. Ce fut le point de départ de mes essais de *vaccination curative.*

Je me mis alors à vacciner des tuberculeux aux différentes périodes, n'allant qu'avec la plus grande prudence lorsqu'il s'agissait de franchir un échelon dans l'échelle de la gravité. Je fis ces essais principalement dans ma clientèle, mais aussi dans le service du professeur Teissier, qui avait bien voulu le mettre gracieusement à ma disposition. J'obtins les résultats plus qu'encourageants.

Du vaccin Maragliano, uniquement préventif jusque-là, j'ai fait un agent thérapeutique de la tuberculose.

Le vaccin de Maragliano n'agit pas à la façon des sérums, en conférant une immunité passive, en apportant à l'organisme des anticorps tout formés. Il agit, au contraire, à la façon des tuberculines, en conférant une *immunité active*, en présentant à l'organisme des *antigènes* qui sollicitent de sa part la formation d'anticorps correspondants. Mais, comparativement aux tuberculines, le traitement par le vaccin est : a) *plus simple d'emploi* (une seule séance de scarifications comme pour la vaccination jennerienne, et non des injections hypodermiques graduées tous les deux ou trois jours) ; b) *plus inoffensif*, à cause de la faible quantité des éléments microbiens morts qui pénètrent dans l'organisme, aussi le vaccin de Maragliano ne m'a jamais donné un coup de fouet à une lésion tuberculeuse, ce qui est fréquent avec les tuberculines ; c) *plus rapidement efficace*, parce que ce petit nombre d'éléments microbiens travaillent continuellement ; d) *applicable à des cas plus fébriles et plus évolutifs* que les tuberculines, qui n'admettent que des cas torpides ; il est facile de voir, par ce qui précède, que les indications du procédé, que je ne suis pas encore à même de délimiter, sont assez étendues ; e) *capable de fournir un réactif de la tuberculose*, comme la tuberculine.

mais une seule opération, celle qui assure le diagnostic, sert également pour amener la guérison. On croit vacciner un prédisposé à la tuberculose, une belle éruption de pustules démontre qu'on a vacciné un tuberculeux latent, puis la pustule s'efface, non sans avoir entraîné avec elle la disparition de quelque malaise dont on n'avait pas soupçonné la nature tuberculeuse.

Quant à l'*action préventive* du vaccin Maragliano, je suis de plus en plus porté à la croire réelle et suffisante.

En effet, je constate le pouvoir agglutinant plus que triplé au bout d'un an après la vaccination (obs. n° 1) ; je constate, d'autre part, que le vaccin est capable de reprendre de l'activité sous l'influence d'une agression de toxines microbiennes (obs. n° 4) très longtemps après n'avoir plus donné signe d'existence ; je constate, dans les nombreuses observations qui précèdent, avec quelle facilité il guérit ; j'en conclus qu'il est *très probable* qu'en présence d'une agression microbienne, le vaccin agirait comme s'il s'agissait de guérir et cette efficacité préventive durerait, selon toute probabilité, d'après moi, aussi longtemps que persiste l'activité latente du vaccin se manifestant par l'augmentation du pouvoir agglutinant, c'est-à-dire de cinq à six ans, au moins, d'après Maragliano.

Régime apurinique, d'après le Dr Kemen, de Kreuznach.

Premier déjeuner : une assiette de compote ou de fruits, surtout des pommes, des oranges (fruits à pépins). Thé faible, café décaféinisé à la crème, cacao ou cacao nutritif au lait. Pain grillé au lait ou pain blanc beurré. Biscottes, un ou deux jaunes d'œuf, si l'on veut rôtis avec du jambon.

Second déjeuner : Fruits frais ou cuits avec du pain grillé ou un verre de crème avec des biscuits ou un œuf.

Dîner : Soupe aux fruits, bouillon à l'eau, bouillon au lait (mais pas de bouillon de viande!) Une portion de viande bouillie ou une portion relativement petite de viande rôtie, volaille ou poisson (pas plus de 150 à 200 grammes). Point de sauce. Beaucoup de légumes de toute sorte, même des tomates qu'on évite sans motif, toutes sortes de salades qu'on peut assaisonner aussi bien avec du citron qu'avec du vinaigre. Des pommes de terre. Des compotes. Pour le dessert un mets farineux ou des fruits.

A 4 heures du café décaféinisé ou du thé faible au lait. Du pain blanc avec du beurre ou des confitures, des biscuits, du pain grillé, beurre, etc.

A 7 heures : Potage au lait, gruau de sarrasin au beurre, omelette aux fines herbes ou à la salade, radis, céleri, beurre, fromage, fruits.

Enfin, pour compléter ce régime, l'on ne saurait mieux faire que de prendre chaque jour trois cuillerées d'urodonal entre les repas, chacune dans un verre d'eau.

REVUE DE TOXICOLOGIE

Sur un cas d'intoxication aiguë par le gaz d'éclairage, par M. le Dr Ch. Lesieur, agrégé, médecin des hôpitaux de Lyon et par M. le Dr J. Rebattu, moniteur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Lyon.

Le cas d'intoxication aiguë par le gaz d'éclairage dont on lira plus loin l'observation nous a paru intéressant à cause des particularités de la scène clinique, des examens du sang et du liquide céphalo-rachidien qui furent pratiqués et des expériences qu'il donna l'idée d'entreprendre. Il résulte des faits que nous allons rapporter un certain nombre de conséquences qui peuvent être utilisées pour interpréter le mécanisme du mode d'action de l'intoxication oxycarbonée et qui peut-être aussi permettent de poser certaines indications thérapeutiques.

I. — Observation clinique

Résumé. — *Intoxication aiguë par le gaz d'éclairage chez un absinthique : cyanose, coma, mydriase, contractures et tremblements à prédominance unilatérale.*

Hypertension du liquide céphalo-rachidien.

Hyperglobulie légère avec augmentation de la valeur globulaire.

Présence d'hémoglobine oxycarbonée dans le sang.

Saignée. Guérison. Reproduction des symptômes observés chez le malade par injection intraveineuse de 12 cmc. de son sérum sanguin au lapin, avec mort en 16 minutes.

Laurent G..., 50 ans, débitant de boissons, est amené à l'Hôtel-Dieu le 10 juin 1910, à 10 heures du matin, dans le coma (service de M. le prof. Roque, suppléé par M. Lesieur). Il avait été trouvé sans connaissance dans sa chambre, qui répandait une odeur très marquée de gaz d'éclairage.

A l'entrée, il est dans le coma absolu, dans un état de résolution musculaire complet, et présente une cyanose très accusée. On note une mydriase très prononcée. Le pouls est petit, la respiration ralentie, superficielle et l'haleine a une odeur de gaz d'éclairage.

On lui fait immédiatement une saignée de 300 grammes (le sang est plutôt noir) suivie d'injections d'éther, de caféine, de sérum artificiel. On lui fait respirer de l'oxygène à profusion. (Voy. plus loin l'examen du sang retiré.)

Une heure après, la cyanose est un peu moins intense, la respiration est toujours irrégulière, avec pauses, mais sans Cheyne-Stokes. Le pouls est plus ample, régulier, bien frappé. La mydriase est moins prononcée. Ce qui frappe le plus, c'est l'état de raideur, de *contracture* généralisée avec prédominance du *côté droit* et l'existence d'un tremblement très net et même de véritables *secousses convulsives*, qui prédominent également du côté droit.

Les réflexes rotuliens sont exagérés. On provoque une ébauche de clonus de la rotule et de trépidation épileptoïde. Le réflexe plantaire se fait en flexion.

Devant ces phénomènes nerveux, on décide de faire une *ponction lombaire* : on retire un liquide très clair, eau de roche, mais en hypertension et s'écoulant en un véritable jet. (Voy. plus loin l'analyse de ce liquide.)

Le sang prélevé au niveau d'une extrémité digitale est un peu noir. La numération et la recherche de la valeur globulaire donnent les résultats suivants :

Nombre de globules rouges......	5.146.000
Valeur globulaire	1,24

Le soir du même jour, le malade a repris connaissance. Il se plaint d'une lourdeur dans la tête et d'une grande lassitude ; il se sent partout brisé.

La température est de 36°.

Pas de nausées.

Respiration régulière. Rien d'anormal à l'auscultation.

Pas de sucre ni d'albumine dans les urines.

Le lendemain, persistance de la céphalée, qui s'atténue progressivement les jours suivants et finit par disparaître.

Chose curieuse : la température qui de 36 s'était élevée à 37, tombe à 35,1, pour remonter le surlendemain à 38.3 avant de redevenir définitivement normale.

Le malade peut raconter son histoire : il n'y a rien à relever dans ses *antécédents*. Il avoue quelques habitudes éthyliques et prenait surtout de l'absinthe et de l'arquebuse. Il est d'ailleurs débitant de boissons.

Il n'a pas eu d'enfant de son premier mariage. Il s'est remarié il y a un an et les ennuis que lui a causés sa seconde femme ont motivé sa tentative de suicide. Il déclare ne pas se rappeler d'une façon précise comment les faits se sont passés. Quoi qu'il en soit de la sincérité de cette assertion, on ne peut obtenir aucun autre détail.

Le malade quitte l'hôpital *au bout de huit jours*, paraissant avoir triomphé de ses idées mélancoliques. Mais il se pend dès le lendemain ; et cette fois tout soin est inutile.

Examen du liquide céphalo-rachidien. — La centrifugation du liquide retiré, lorsque le malade était dans le coma, n'a pas donné de culot. Les étalements ne montrent *aucun élément cellulaire*.

M. Sarvonat mit en évidence, dans le liquide céphalo-rachidien, un *gaz réducteur*.

Examen du sang. — Le sang retiré par la saignée au pli du coude contenait de l'hémoglobine oxycarbonée (M. Sarvonat).

Le sérum de ce sang, injecté par la voie veineuse à un lapin de 1.850 gr., à la dose de 12 cmc. 1/2, provoque de la dyspnée au bout de 5 minutes.

Dix minutes après l'inoculation, le lapin présente de l'incertitude dans les mouvements et de la titubation rappelant un état ébrieux.

Au bout de 11 minutes, il présente une raideur généralisée, la tête étant rejetée en arrière en opisthodomos.

Au bout de 15 minutes, on voit apparaître un tremblement généralisé, des contractures, de l'exorbitisme, et la mort survient.

A l'autopsie : congestions viscérales. Pas d'embolie.

En somme, *les symptômes et lésions présentés par le lapin rappellent les intoxications par les essences convulsivantes telles que l'absinthe* et les symptômes observés chez le malade.

II. — Quelques expériences a propos de cette observation

(Travail du laboratoire d'hygiène de la Faculté)

En présence des convulsions que nous avions observées chez notre malade et qui nous semblaient une véritable anomalie dans une intoxication par un gaz habituellement paralysant, nous nous sommes demandé si l'absinthisme anterieur de notre sujet n'était pas capable d'expliquer en partie cette modalite clinique si spéciale. Nous avions été frappés aussi par ce fait que le sérum de la saignée, inoculé dans le sang du lapin, avait tué cet animal en déterminant chez lui des symptômes analogues à ceux que produit l'intoxication aiguë par les essences, telles qu'absinthe, sauge, etc.

Nous avons donc entrepris plusieurs séries d'expériences, dont nous publierons ailleurs les résultats complets, d'intoxication oxycarbonée aiguë (gaz d'éclairage) comparative chez des lapins neutres temoins et chez des lapins de même poids récemment guéris de crises convulsives déterminées par l'essence de sauge.

Voici, en résumé, nos premières expériences qui, dans l'ensemble, paraissent donner raison à notre hypothèse.

Expertise I. — Un lapin de 3 kilos reçoit dans le sang 1 goutte 1/2 d'essence de sauge à 8 heures du matin. A 10 h. 10, remis de cette intoxication (il a pris immédiatement deux crises convulsives), il est placé progressivement dans une atmosphère très riche en gaz d'éclairage, en même temps qu'un témoin de même poids. On note chez lui : de 10 h. 12 à 10 h. 22, trois petites crises convulsives ; à 10 h. 22, hoquet, tremblement, mouvements de natation ; à 10 h. 30, crises, exorbitisme, mort. Pendant ce temps, *le témoin* ne présente que des accidents paralytiques, vers 10 h. 22 ; à 10 heures 35 il n'est pas encore mort ; on le retire de l'atmosphère toxique, il se rétablit rapidement.

Expertise II. — Un lapin de 2 k. 500 reçoit dans le sang 1 goutte 1/2 d'essence de sauge à 3 heures du soir et prend immédiatement trois crises convulsives. Le lendemain, à 8 h. 04, il est placé dans une atmosphère très riche en gaz d'éclairage, en même temps qu'un témoin de même poids. On note chez lui : à 8 h. 07, agitation, tremblement, secousses de la tête ; à 8 h. 10, crises, dyspnée, salivation, mictions ; à 8 h. 1/2, grandes crises convulsives ; à 8 h. 15, mort. Pendant ce temps, *le témoin* ne présente que de la somnolence, vers 8 h. 12 ; il meurt à 8 h. 20 sans convulsions.

Expérience III. — Un lapin de 3 kilos reçoit 1 goutte 1/2 d'essence de sauge dans le sang, et prend immédiatement deux crises convulsives. 2 heures plus tard, il est placé brusquement dans une atmosphère très riche en gaz d'éclairage ainsi qu'un témoin de même poids. On note : de la 6e à la 8e minute, tremblement généralisé, cris, évacuation d'urine et de matières ; cependant ce lapin, soustrait après 10 minutes à l'action toxique, se rétablit rapidement. Pendant ce temps, *le témoin* présente quelques secousses, mais surtout de la parésie (en 6 à 8 minutes) ; *ses globules rouges* ont paru à peu près aussi nombreux avant qu'après (5 millions environ par m/m cube) ; *son sérum sanguin*, injecté à un autre lapin dans le sang (12 cc.), et à une souris sous la peau (2 cc. 1/2) n'a déterminé aucun trouble chez ces animaux.

Expérience IV. — Un lapin de 3 kilos reçoit dans le sang 1 goutte 1/2 d'essence de sauge et prend immédiatement deux crises convulsives. 7 heures plus tard, il est placé progressivement dans une atmosphère très riche en gaz d'éclairage, avec un témoin de même poids. On note chez ces deux animaux de légères convulsions vers la 7e minute ; *le témoin* étant mort en 10 minutes, on arrête l'expérience, et le lapin restant se rétablit rapidement.

Expérience V. — Deux lapins de 3 kilos reçoivent dans le sang 1 goutte 1/2 d'essence de sauge à 5 heures du soir, 1 goutte 1/2 d'essence de sauge le lendemain à la même heure ; chaque fois, trois crises convulsives immédiates. Le jour suivant, à 5 heures du soir, on les place progressivement dans une atmosphère riche en gaz d'éclairage, ainsi que deux témoins de même poids. On note chez les deux premiers : après 3 à 5 minutes, polypnée presque incomptable (200 à 300 respirations par minute) ; après 8 à 10 minutes, diminution de la polypnée ; après 10 à 12 minutes, secousses, raideur de la nuque, du tronc et des membres ; convulsions, tremblements, crises, évacuations urinaires et fécales, myosis ; l'un meurt en 15 minutes, au milieu d'une crise d'épilepsie avec sauts et agitation extrêmement marquée ; l'autre, soustrait à l'action toxique, se rétablit. Le *sérum sanguin* du lapin mort, très riche en fibrine rapidement coagulable, est injecté dans le sang de deux lapins de 2 kilos environ, à la dose de 5 cc. chez l'un, de 2 cc. chez l'autre : ces deux lapins succombent en quelques minutes, après avoir présenté de véritables crises d'épilepsie ; leur autopsie montre que leur mort n'est pas due à une embolie accidentelle. Quant aux *témoins*, ils ont présenté de l'accélération moindre des mouvements respiratoires (100 à la minute) après 5 à 10 minutes ; un peu d'agitation vers la 12e minute, mais surtout de la faiblesse des membres, un état ataxo-parétique, la chute rapide sur le flanc, de la mydriase ; l'un meurt en 15 minutes ; l'autre, soustrait au gaz toxique, se rétablit.

Résultats. — A part quelques exceptions tenant sans doute à des conditions individuelles, il paraît bien résulter en général, de ces cinq expériences, que l'imprégnation antérieure par une essence convulsivante a modifié la symptomatologie de l'intoxication ultérieure par le gaz d'éclairage, en y introduisant un élément convulsif, par la production de corps convulsivants rendant le sérum sanguin particulièrement toxique.

Nous continuons d'ailleurs nos recherches sur ce sujet.

III. — Réflexions a propos de quelques symptomes observés

De notre observation, nous croyons devoir relever les faits anormaux suivants :

1° La *teinte noirâtre du sang* au lieu de la teinte rose vermeil que nous nous attendions à trouver, puisque dans l'intoxication par le gaz d'éclairage, c'est l'oxyde de carbone qui intervient presque uniquement, bien qu'il ne constitue, d'après Etienne Martin, que de 8,4 à 12 0/0 de la masse gazeuse totale. Il fut d'ailleurs mis en évidence dans le sang sous forme d'hémoglobine oxycarbonée. Rappelons que Vibert a trouvé de même l'oxyde de carbone dans le sang d'un cadavre de la catastrophe du Métropolitain de 1903 (*Ann. Hyg. publique*, 1905) qui, exceptionnellement, n'avait pas la teinte rouge spéciale.

2° L'hyperglobulie légère et surtout l'*augmentation de la valeur globulaire*, alors que l'oxyde de carbone est considéré comme un poison globulicide et qui peut être interprété comme un phénomène de défense contre l'asphyxie.

3° Les *irrégularités thermiques* (36° ; 37 ; 35,1 ; 38,3 ; 37), qui semblent devoir être mises sur le compte d'un véritable déséquilibre des centres nerveux d'origine toxique. Les irrégularités respiratoires semblent relever de la même cause. Cette perturbation des centres thermiques peut amener parfois de l'hyperthermie, ainsi que l'a constaté Ch. Richet dans son étude sur les phénomènes post-asphyxiques, mais l'*hypothermie* est beaucoup plus fréquente. L'augmentation de la température centrale est signalée dans quelques cas mortels par Posselt, Brestowski, Marthen, de Nobelé (cités par Frédéricq, *in Dict. de Physiologie*) ; pour Mosso, il y a, comme après la saignée, augmentation légère, puis courte diminution, enfin augmentation considérable et durable.

4° Les phénomènes nerveux convulsifs, qui méritent l'étude particulière qui va suivre et qui ont motivé les expériences relatées plus haut. A remarquer leur prédominance à droite, comme dans les faits de pneumonies, d'œdèmes, de paralysies, relevés par Bourdon, Tourdes, Rendu, Brouardel, et enfin par Dervieux à Courrières. (*Ann. d'Hygiène*, 1906.)

IV. — Des phénomènes convulsifs dans l'intoxication oxycarbonée ; leur explication

Un fait particulièrement digne d'attention, à notre avis, dans l'observation qu'on vient de lire, c'est la prédominance, au milieu des autres phénomènes nerveux qui marquèrent la période d'état, de *convulsions* et de *contractures*, surtout prédominantes du côté droit.

Dans plusieurs autres cas d'empoisonnement par le gaz d'éclairage ou par l'oxyde de carbone qu'il nous a été donné d'observer, nous nous étions trouvés, au contraire, en présence d'accidents paralytiques ou parétiques (névrites ?) conformément, d'ailleurs, aux descriptions des auteurs classiques. (Brissand, Bronardel, Richardière, Wurtz, Balthazard, etc.)

En dehors des quelques convulsions terminales pouvant marquer la fin de toute asphyxie (soit pendant l'agonie, soit au moment du retour à la conscience), on n'a guère signalé les convulsions que dans les intoxications massives mortelles et encore leur existence dans ce cas est-elle parfois contestée.

Mosso conclut de ses expériences que plus les doses sont fortes, plus il est facile d'observer des convulsions ; mais Wurtz écrit : « Dans l'intoxication massive, d'après Seidel, il se produirait des convulsions qui n'ont jamais pu être constatées par d'autres auteurs. »

A la Fourrière de Paris, les chiens placés dans une atmosphère additionnée de 5 0/0 de gaz d'éclairage meurent en quelques instants sans cris *ni convulsions*. (P. Bert, Balthazard.)

Chez l'homme, on a bien signalé quelquefois des tremblements dont la nature est d'ailleurs très discutée (hystérie ? alcoolisme ?) et assez souvent de l'exagération des réflexes ; mais ce qui domine, de l'aveu de tous, c'est la *paralysie*, parfois sous forme d'hémiplégie (Laroche, Rendu), si bien que, en présence de convulsions, les auteurs croient devoir incriminer l'hystérie ou l'alcoolisme (Balthazard).

Notons dès maintenant que, parmi les diverses formes d'alcoolisme (Lancereaux), c'est seulement l'intoxication chronique par les essences convulsivantes (absinthisme) qu'on pourrait invoquer en pareil cas, et non l'œnilisme ou l'éthylisme pur : l'alcool lui-même est un poison paralysant (1).

Comment expliquer, chez notre malade, les *convulsions* que nous avons observées ?

La prédominance unilatérale très nette des contractures, du tremblement, des convulsions permet d'évoquer ces cas d'hémiplégie oxycarbonée que certains auteurs allemands attribuent à des lésions nerveuses centrales dues à l'intoxication ; mais ici la disparition rapide et complète des accidents oblige à chercher une explication différente.

L'hypothèse d'une ancienne lésion cérébrale habituellement latente, temporairement mise en évidence par l'imprégnation toxique passagère, est par contre tout à fait plausible. Les expériences de R. Tripier (urémie expérimentale), les beaux travaux de Pierret ont bien montré la réalité de ces *rappels toxiques*. Seulement, en l'absence d'autopsie et de renseignements précis sur les antécédents de notre malade, nous ne sommes pas autorisés à affirmer chez lui l'existence d'une ancienne lésion.

En revanche, nous croyons parfaitement légitime de croire que le poison oxycarboné a pu réveiller l'*aptitude convulsive* développée dans le système nerveux par l'usage quotidien de boissons à essences (arquebuse, absinthe). Ainsi s'explique fort bien, à notre avis, que l'oxyde de carbone, quoique poison surtout paralysant, puisse prendre le masque de désordres toxiques d'autre nature, dont il ne fait que déclancher, pour ainsi dire, les manifestations.

Ainsi, l'*état antérieur* expliquerait les différences symptomatiques individuelles qu'on peut observer avec un même toxique.

Dans les expériences de Mosso sur l'intoxication oxycarbonée, le tableau symptomatique était variable non seulement suivant les doses, mais encore suivant les prédispositions individuelles.

C'est ce qui s'est passé également dans nos expériences sur le lapin.

Cette théorie de l'influence du rappel de l'état antérieur du sujet est d'application très générale : l'un de nous l'a invoquée ailleurs pour expliquer certains accidents plus ou moins exceptionnels au cours de quelques maladies infectieuses (pneumonie, fièvre typhoïde, diphtérie).

Même au cours de l'intoxication oxycarbonée chronique, elle peut rendre compte de telle ou telle forme clinique (forme épileptique, forme rénale, hépatique, etc.).

Il en est ainsi dans l'observation III de MM. A. Morel et G. Mouriquand (1) (rappel de crises épileptiques par une intoxication oxycarbonée lente chez un ancien comitial, d'ailleurs alcoolique, qui n'avait pas eu de crise depuis plus de 20 ans).

Ces mêmes auteurs ont vu, dans les mêmes conditions, l'albuminurie reparaître chez deux sujets (obs. XXVIII et XXXI) ayant eu antérieurement de l'albumine dans les urines.

Il en est ainsi dans *deux observations* recueillies récemment par l'un de nous, et dont voici le résumé :

I. Jeune fille de 23 ans, pâtissière. A eu des convulsions dans l'enfance, des crises nerveuses à la puberté. Depuis quelques mois, elle passe ses journées auprès d'un four, dont elle respire les émanations et s'anémie. Un soir et pendant la moitié d'une nuit, elle est reprise de crises nerveuses avec dyspnée (orthopnée), tachycardie, sensation d'angor, constriction épigastrique, pâleur extrême, refroidissement des extrémités.

Pas de stigmates hystériques. Traitement immédiat par l'éther, puis par l'aération, le fer. Guérison.

II. Mme F..., 30 ans. Anciens accidents hépatiques (lithiase). En juin 1907, au milieu d'un état neurasthénique plus marqué le matin que le soir, retour des accidents anciens ; douleurs hépatiques, vomissements, subictère, état saburral, amaigrissement de 10 kilogrammes.

Traitement à Vichy. Persistance et accentuation des symptômes jusqu'en octobre 1909, époque où la véritable cause se découvre : émanations de la gaine, très fissurée, provenant de la cuisine et traversant la chambre à coucher.

Le mari de Mme F... a présenté lui-même quelques symptômes d'intoxication.

Disparition progressive des accidents à la suite de la suppression de cette cause. Guérison trois ans après le début.

Tous ces faits montrent bien (et c'est d'ailleurs l'application d'une loi de pathologie générale) que chaque sujet réagit, en présence de l'intoxication oxycarbonée, suivant une modalité commandée par ses antécédents ou, pour mieux dire, par ses tares antérieures. Il est donc naturel de penser que chez notre malade la susceptibilité particulière du système ner-

(1) Voy. Ch. Lesieur. Toxicité expérimentale des alcools..., des essences... *Journal de Physiologie et de Pathologie générale*, 1906, p. 427 ; *Archives de médecine expérimentale et d'Anat. patholog.*, 1906, p. 803.

(1) A. Morel et G. Mouriquand. Etude des symptômes frustes de l'intoxication oxycarbonée lente. (Société méd. des hôpitaux de Lyon, 13 déc. 1910, in *Lyon Médical*, 1911, p. 184.)

veux du fait de l'absinthisme ait motivé les phénomènes spastiques et convulsifs qu'a déclanchés une intoxication oxycarbonée aiguë. Du reste, ce rôle de l'état antérieur a été signalé déjà comme capable de modifier la dose minimum toxique.

V. — Mécanisme pathogénique de l'intoxication oxycarbonée : rôle de l'auto-intoxication

Quelques points particuliers de notre observation et de nos expériences nous paraissent propres à élucider en partie la pathogénie intime, encore discutée, de l'intoxication par l'oxyde de carbone.

D'après la théorie à laquelle se rallient volontiers les auteurs les plus récents (Mosso, Nobelé, Haldane, Balthazard, etc.), l'oxyde de carbone (ou le gaz d'éclairage) ne posséderait pas le « moindre pouvoir toxique », ne constituerait par un « poison du protoplasma vivant »; il agirait uniquement par anoxhémie, par privation d'oxygène, c'est-à-dire en supprimant la propriété qu'a l'hémoglobine de fixer l'oxygène au niveau des poumons et de le transporter dans l'intimité des tissus (Cl. Bernard). Il ne s'agirait donc pas d'une intoxication, mais d'une simple asphyxie, de la cessation des fonctions du sang (Mosso).

Balthazard fait remarquer que l'oxyde de carbone devient moins redoutable lorsqu'on élève la pression à 2 H., 6 H., de façon à faciliter, par la surpression, la dissolution de l'oxygène dans le plasma sanguin (J. Haldane).

Cependant, Laennec, Kobert pensent que CO se fixe sur la substance nerveuse comme sur l'hémoglobine ; et Dreser, que CO déplace l'O dans les molécules albuminoïdes du protoplasma des cellules de l'organisme ; Robert, Rumberg, Sibelius admettent la toxicité de CO pour les éléments nerveux.

De fait, si l'empoisonnement oxycarboné doit s'expliquer *toujours et exclusivement* par le même mécanisme, l'anoxhémie, comment se fait-il que les effets de cette privation d'oxygène, c'est-à-dire les symptômes observés, ne soient pas *toujours identiques* à eux-mêmes et puissent affecter des formes aussi différentes entre elles que les paralysies d'une part et les convulsions d'autre part ? Pourquoi, en somme, des différences individuelles en présence d'une pathogénie simple et univoque ?

Comment, de plus, l'anoxhémie expliquerait-elle certains symptômes et, notamment, les écarts de la température, traduisant une véritable perturbation des centres thermiques, telle qu'on l'observe dans les infections et les intoxications et non dans la simple asphyxie ?

Et ne faut-il pas admettre, au contraire, que, sous l'influence de l'empoisonnement et de l'asphyxie, les cellules de l'organisme fabriquent des poisons secondaires, variables suivant leur état antérieur, c'est-à-dire suivant les infections ou intoxications passées, suivant les lésions ou les désordres fonctionnels déjà subis ? poisons qui sont ainsi, on le conçoit, paralysants chez les uns, convulsivants chez les autres.

D'ailleurs, MM. Lépine et Boulud (1), à propos de la glycosurie asphyxique, ont admis l'existence dans le sang de ces leucomaïnes consécutives aux asphyxies.

De même, dès 1895, M. J. Teissier écrivait dans le *Traité de Thérapeutique appliquée :* « Quel que soit le poison en œuvre et quoique celui-ci ne séjourne guère dans le sang..., il est rare, surtout si l'intoxication est de quelque durée, qu'il n'en résulte pas une *dyscrasie* plus ou moins prononcée, dont il y aura toujours lieu de tenir compte lorsqu'on sera appelé à combattre les effets de telle ou telle substance toxique. » Il ajoute que la présence d'acide lactique aurait été mise en évidence dans l'oxyde de carbone et que « à côté des effets mêmes du poison, par exemple de ses effets globulaires, qui expliquent si facilement l'anémie, il y a lieu de compter avec les *intoxications secondaires* qui résultent de l'intervention des déchets, des produits de désassimilation cellulaire provenant des altérations intra-organiques imputables à la substance toxique. »

Ce qui prouve le bien-fondé de cette manière de voir, d'après laquelle l'intoxication oxycarbonée est non seulement une anoxhémie, mais encore un empoisonnement véritable du sang, au moins indirectement par les produits secondaires de l'asphyxie, c'est que le sérum sanguin de notre malade, injecté au lapin, s'est montré très toxique.

Et ce qui nous permet de croire que cette toxicité du sérum jouait un rôle dans la production des accidents convulsifs observés, c'est que des accidents exactement semblables étaient déterminés chez l'animal.

Comment, d'ailleurs, l'anoxhémie seule pourrait-elle expliquer les troubles consécutifs à l'intoxication oxycarbonée lente, dont MM. A. Morel et G. Mouriquand ont publié trente-six cas incontestables et très instructifs ? Leur origine toxique ne peut être contestée, à moins de nier l'influence de l'intoxication oxycarbonée dans la détermination de ces désordres et d'invoquer des coïncidences, de faire intervenir l'hystérie, l'alcoolisme.

Dans son étude des phénomènes post-asphyxiques, Ch. Richet (1), reprenant l'hypothèse de Laulanié, Stroganoff, Ottolenghi, croit à l'existence de produits toxiques formés au cours de l'asphyxie. Il a constaté expérimentalement l'hypertoxicité du sang des animaux asphyxiés et a reproduit la symptomatologie de l'asphyxie par l'injection de leur sérum sanguin.

L'oxygène empêche l'auto-destruction des tissus en oxydant les substances qu'ils fabriquent incessamment ; que, sous l'influence de l'asphyxie, leur oxydation soit entravée, il en résultera une auto-destruction avec production de substances toxiques (2). Or, de tous les tissus, le plus délicat, le plus fragile, c'est le système nerveux ; c'est probablement lui qui fabrique en grande partie les sous-produits de l'asphyxie, les toxines d'anaérobiose ; et l'hypertension du liquide cépbalo-rachidien semble être le témoin de cette atteinte des centres nerveux, en faveur de laquelle plaide encore le déséquilibre de la thermogenèse.

Quelques expériences nous ont montré que la toxicité du sérum, chez les animaux empoisonnés par le gaz d'éclairage, dépend en partie des intoxications antérieures, comme nous l'avions supposé chez notre malade.

Il semble donc bien que les cellules de l'organisme fabriquent ou non des poisons convulsivants, suivant leur imprégnation antérieure.

VI. — Déductions thérapeutiques

Une conclusion pratique découle de cet ensemble d'aperçus théoriques, et aussi du résultat heureux que nous avons obtenu chez notre malade.

Si l'intoxication oxycarbonée est, en même temps qu'une anoxhémie, une auto-intoxication chargeant le sang de principes toxiques, il convient de lutter contre elle, comme contre l'urémie par exemple, en soustrayant à l'organisme, par une saignée, le plus possible de ces principes toxiques.

On comprendrait mal, si tout était anoxhémie en pareil cas, comment la saignée a pu avoir chez notre malade un effet si heureux. D'ailleurs, à ceux qui redouteraient d'anémier davantage le patient en recourant à cette méthode de thérapeutique, nous pourrions répondre que la saignée est un bon moyen de stimuler les fonctions hémato-poïétiques, puisqu'on la recommandait jadis pour la chlorose ; enfin, ses inconvénients, s'ils existent, pourraient être compensés par la transfusion que Stacker, que Gréhant ont préconisée dans l'intoxication par l'oxyde de carbone.

On ne négligera pas, bien entendu, le traitement ordinaire de l'asphyxie, notamment en faisant à profusion des inhalations d'oxygène.

(*Société médicale des Hôpitaux de Lyon.*)

(1) Lépine et Boulud. Les leucomaïnes diabétogènes. *Comptes rendus de l'Académie des Sciences.* 23 juin 1902.

(1) Ch. Richet. Phénomènes post-asphyxiques. (*Arch. de méd. exp. et d'anat. pathol.*, mai 1910.)

(2) C'est aussi l'opinion exprimée par MM. Morel et Mouriquand, dans un récent mémoire : L'intoxication oxycarbonee lente à forme fruste (*Archives d'anthropologie criminelle*, 15 juin 1911, p. 413).

CARNET DU PRATICIEN

Rides et taches de rousseur

Faire des lavages de la région atteinte avec une des solntions :

Chlorate de sonde	3 grammes
Borate de sonde	2 —
Glycérine nentre	30 —
Eau de rose	170 —
Alcool	10 —
Essence de rose	X gouttes

ou bien :

Ean de rose	200 grammes
Lait d'amandes épais	50 —
Sulfate d'alumine	4 —

Brocq.

Colique hépatique

Grande attaque. — Injection de morphine. Antipyrine à baute dose. Applications calmantes ou révulsifs légers. Chloral, bains prolongés. Pas de cholagogues.

Formes atténuées et prolongées. — Cholagogues. Huile d'olives, le soir, tous les 4 ou 5 jours, à dose de 100 grammes, ou glycérine, 20 à 30 gr. par jour.

Diète lactée.

Chauffard.

Migraine

Donner au cours de l'accès 2 des cachets :

Antipyrine	0 gr. 25
Caféine	0 gr. 05
Valérianate de quinine	0 gr. 20
Bicarbonate de sonde	0 gr. 30

On espace les accès de migraine en activant le fonctionnement de l'intestin, du rein, de la peau ; en conséquence, prescrire du jubol, de l'urodonal et conseiller de grands bains chauds suivis de frictions.

Suppositoires contre la dysménorrhée

Pour un suppositoire : 1 ou 3 par 24 heures

Extrait de belladone	0 gr. 05
Extrait thébaïque	0 gr. 05
Antipyrine	0 gr. 50
Benrre de cacao	3 grammes

On peut encore prescrire d'introduire, tous les soirs, un des suppositoires snivants :

Extrait de cannabis indica	0 gr. 01
Extrait de belladone	0 gr. 01
Beurre de cacao	4 grammes

en commençant l'usage de ces suppositoires, à partir du cinquième jour avant les règles.

Dr Siredey.

Prostatite aiguë

Chlorhydrate d'héroïne	2 centigr.
Eumuydrin	001 1/2 à 3 mill.
Beurre de cacao	q.s.

Pour un suppositoire f. s. a. six.

Un matin et soir.

6 capsules de Pagéol par jour.

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 40.000 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 35, rue J.-J. Rousseau

Le Gérant : Docteur Lucien Graux.

Service de Remplacements gratuits

A la demande de beaucoup de nos confrères, nous avons organisé à la *Gazette Médicale de Paris* un service de remplacements *gratuits*. Nous savons, en effet, que nombre de médecins hésitent à prendre des vacances et se privent d'un repos bien gagné, uniquement pour ne pas laisser leur clientèle aux mains d'un inconnu, auquel les malades pourraient ne pas réserver l'accueil bienveillant qui convient; beaucoup préfèrent ne pas prendre de remplaçants, et s'absentent néanmoins, pensant entre deux maux choisir le moindre.

Désireux de leur donner satisfaction, nous assumons volontiers la tâche d'organiser un service de remplacement; à cet effet, nous nous sommes assuré le concours d'un certain nombre de remplaçants, tous docteurs, internes au concours, ou étudiants munis de 16 inscriptions.

Quant au fonctionnement de ces services, nous croyons devoir apporter certaine restriction et ceci dans l'intérêt même du confrère qui voudra bien s'adresser à nous: nous avons l'intention de nous limiter aux remplacements d'une certaine durée, notre but étant plutôt d'assurer un service régulier à l'époque des vacances. Que ceux de nos confrères qui comptent faire une absence *prolongée*, nous écrivent quelque temps à l'avance, nous aurons ainsi toute facilité de les mettre en rapport avec leurs futurs remplaçants, probablement même de leur ménager avec eux le rendez-vous indispensable en pareille circonstance.

Joindre à chaque lettre un timbre-poste pour transmission
Il n'est donné de réponses que par lettres

1004. — **Jeune docteur** ferait remplacement d'oculiste Paris ou province.

1005. — **Docteur sérieux**, 45 ans, bien au courant de la clientèle, désirerait *occupation pour l'après midi* dans clinique ou maison de santé, très sérieuses références, peu exigeant.

1006. — **Docteur sérieux**, 38 ans, ferait remplacements Paris, province, serait libre à partir de décembre.

1007. — **Docteur** ayant 25 ans de pratique de la médecine générale, très actif, libre jusqu'en mai, ferait remplacements, conditions très modérées.

A NOS ABONNÉS

Nous offrons à nos abonnés les colonnes de la *Gazette Médicale de Paris* et serons heureux de faire paraître toute annonce relative à la vente ou à la cession de leur clientèle.

Il est bien entendu que nous mettrons en rapport avec le titulaire de l'annonce ceux de nos confrères qu'elle aura intéressés.

Les abonnés ont droit à deux insertions gratuites.

POUR LES NON-ABONNÉS

L'insertion sera taxée à 0 fr. 25 le mot.

OFFRES ET DEMANDES

Joindre à chaque lettre un timbre pour transmission.
Il n'est donné de réponses que par lettres.

509. — **Clientèle à céder** dans ville d'Eaux du Centre, affaire sérieuse et transmissible, recettes 13.000 touchés, villa tout installée à céder également, prix à débattre.

510. — **Cabinet dentaire à céder** dans ville du centre, affaires 10.000, bénéfices 7.000; un autre médecin dentiste dans la localité, on peut augmenter le chiffre en faisant tournée dans chefs-lieux de canton tout proches, affaire sérieuse et réellement susceptible d'extension.

511. — Nord. A céder après 20 ans d'exercice **clientèle sérieuse** et facile à développer par confrère jeune et actif, recettes 10.000, fixe 2.000, loyer 600, maison entière Prix 5.000 comptant. On se retire pour raison de santé, longue présentation.

514. Savoie, **maison de santé à céder** dans d'excellentes conditions, laissant de sérieux bénéfices. Il faut 100.000 comptant pour traiter.

515. — Médecin militaire ayant démissionné, 38 ans, achèterait **clientèle** dans la banlieue de Paris faisant au moins 20.000, dispose de 10.000 comptant, exigerait présentation sérieuse.

516. — Jeune docteur connaissant la radiographie et l'électrothérapie désirerait **situation bien rétribuée** dans maison de santé sérieuse, ferait volontiers un contrat.

517. — Docteur quittant Paris pour raison de santé, désire acquérir dans le Centre **clientèle** comportant des fixes si possible et peu fatigante.

518. — Je désire **bonne clientèle de campagne** de 7 à 8.000 touchés, de préférence dans les départements de l'Ouest.

520. — Paris banlieue, **maison agréable** avec jardin, remise d'auto, de grandes dépendances, clientèle très ancienne, rapport 15.000 touchés. Prix à débattre.

521. — Ouest. **Bon cabinet d'oculiste et de laryngologie à céder**. Recettes 20.000, loyer 1.600. Prix à débattre, longue présentation.

522. — Nord. **Clientèle datant de 12 ans** dans sous-préfecture agréable. Recettes 10 000, loyer 1.200 maison et jardin. Prix 8 000

523. — Est. **Seul médecin**, on fait la pharmacie. Recettes 10.000, une bicyclette suffit, fixes administratifs 1 500. Loyer 400. Prix 5.000. Clientèle susceptible d'augmentation avec auto.

524. — Seine-et-Oise. Localité agréable, 1/2 heure de Paris, **seul médecin**, recettes 9 500. On est médecin du chemin de fer, loyer 700. Prix 7.000.

525. — Seine-et-Oise. **Seul médecin**, recettes 15 000, loyer 1.000, rayon peu etendu, installation très confortable. Prix 12.000 comptant.

526. — **Bon cabinet d'oculiste** faisant aussi un peu de laryngologie à céder. Recettes dépassant 20.000 francs. Urgent. Il ne sera répondu qu'aux lettres ayant timbres; adresse Journal.

OCCASIONS

Joindre à chaque lettre un timbre pour transmission.
Il n'est donné de réponse que par lettre.

6. — A vendre **belle glace** pour salon 1m40 × 1m75. Joli cadre bois sculpté avec filets d'or. S'adresser au journal.

7. — Occasion à profiter de suite. **Très belle vitrine** en bois de rose et bronzes bien ciselés et dorés, style Louis XVI, hauteur 2 m. 50, largeur 2 m. 20, 3 portes vitrées ainsi que les côtés, 4 tablettes glaces sur crémaillères. Fond garni de moire de soie vert nil, conviendrait à docteur comme bibliothèque ou vitrine pour instruments de chirurgie ou d'électricité, ayant coûté 3.000 fr., net 1.950.

8. — Après décès **Un bureau marqueterie** à pente, époque Louis XV garantie, 5 tiroirs extérieurs et 8 intérieurs, largeur 0 m. 96, profondeur 0 m. 50 750 francs.

9. — Un **très joli service à thé et café argent massif**, ciselure extra, 10 tasses, cafetière, théière, sucrier, pot à crème, style Louis XV régence, pesant 2.736 grammes, ayant coûté 1.500, net 1.000 tout neuf.

10. — Un **flambeau candélabre directoire** à 6 lumières cariatide, argent massif contrôlé, pesant 5.470 grammes, garanti de l'époque, 1.400 francs.

11. — **Un lustre Empire** bronze doré ciselé, avec jardinière coupe métal au centre, transformé à l'électricité, 9 lumières extérieures et une intérieure. Très belle occasion, 650 francs.

12. — **Une commode ancienne**, époque Louis XVI, montants canelés acajou, 3 tiroirs dans le haut, deux grands dans le bas, très joli marbre noir moucheté, excellent état, 1 m. 25 × 0 m. 55. Prix 275 francs.

13. — **Jolis bougeoirs Louis XVI**, métal plaqué argent avec écussons, très décoratifs, 40 fr. la paire.

REVUE D'ASSURANCES

NOTRE NOUVEAU SERVICE

Nous sommes heureux de faire part à nos lecteurs de la réalisation d'un projet qui leur prouvera une fois de plus notre désir de leur être agréable.

Notre nouveau service de *Détaxe des Contributions et d'Assurances* est mis gratuitement à l'entière disposition de nos lecteurs.

Nous nous sommes adjoints le concours d'une Commission de techniciens spécialistes de premier ordre qui les renseignera sur toutes les questions qui seront soumises à son examen.

Les attributions de notre nouveau service sont des plus étendues; voici la nomenclature des principales :

Contributions: Imposition foncière, contribution mobilière, cote personnelle, patentes, taxe de chevaux, voitures et automobiles.

Assurance : Incendie, accidents, responsabilité civile, vol, vie.

Nous publierons d'ailleurs dans nos prochains numéros quelques chroniques documentaires. (Voir ci-dessous notre chronique : *Contributions*.)

Les avis donnés par ces spécialistes sont *entièrement gratuits*.

Adresser la correspondance à la *Gazette Médicale*, service des Détaxes. (Joindre une enveloppe affranchie pour la réponse.)

Contributions

Une récente décision du Conseil de Préfecture de la Seine a modifié la taxe contributive des voitures automobiles. Contrairement au principe appliqué jusqu'à ce jour, la force minima servira dorénavant de base à l'imposition.

Exemple : *Une voiture 14/20 HP ne sera désormais taxée que sur 14 HP.*

Il est à présumer que les percepteurs n'appliqueront pas spontanément cette réduction aux propriétaires de voitures pour l'année 1911, et que les intéressés devront se défendre contre les prétentions du fisc.

Par suite de la revision décennale de la propriété bâtie, les taxes d'imposition de l'année 1911 serviront de base pendant *dix ans* à la répartition de la contribution foncière.

Les propriétaires ont donc le plus grand intérêt à faire reviser, cette année, leurs feuilles d'impositions pour s'éviter d'avoir à payer, pendant dix ans, une taxe supérieure à celle que le fisc doit légalement leur réclamer.

Il est de la plus grande importance pour les contribuables de formuler leurs réclamations avec une grande prudence et une grande précision.

Avec prudence, parce que des déclarations faites à mauvais escient peuvent entraîner pour l'imposé des changements dans la forme de l'impôt qui, par ricochet, peuvent lui amener une augmentation de taxe à la place du dégrèvement qu'il sollicite.

Avec précision, parce que le dégrèvement qui doit porter sur telle ou telle taxe doit être sollicité avec méthode en indiquant les motifs et les raisons qui le motivent, sous peine de voir échouer la réclamation.

82e Année (Série XIIIe) — N° 121 — Le Numéro 25 Centimes — Mercredi 22 Novembre 1911

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
9, Rue Bonne-Poisson, PARIS
Téléphone : 573-40

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale......... 15 fr.
Édition Espagnole .... 10 fr.
Édition Portugaise.... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

ÉCHOS

La maison du médecin.

Le Conseil d'administration de la Maison du Médecin vient d'élire président, en remplacement du Dr Courtault, si tragiquement disparu, le Dr Paul Reynier, chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé, membre de l'Académie de médecine.

C'est un grand honneur pour la Maison du Médecin d'avoir désormais à sa tête un des maîtres les plus aimés et les plus respectés du corps médical.

Il n'est personne qui n'applaudisse à ce choix et ne remercie M. Paul Reynier d'avoir bien voulu répondre à l'appel du Conseil d'administration. C'est en quelque sorte une consécration que le nouveau Président donne à cette œuvre, précédant l'autre consécration qui ne saurait tarder, la reconnaissance d'utilité publique.

La découverte d'un médecin.

M. le docteur Parahy, de Perpignan, vient de découvrir un remède des plus puissants contre la cochylis. Il a pensé que ce remède pouvait être également efficace contre les divers insectes qui désolent l'agriculture et surtout l'horticulture. Il a fait des expériences qui, annonce-t-on, ont donné des résultats décisifs.

Il a convoqué dans un jardin de la banlieue de Perpignan le président de la Société horticole, le directeur et les principaux membres du Syndicat agricole et diverses personnalités universitaires.

Devant eux, il a fait asperger des artichauts dévorés par les bêtes, des choux couverts de chenilles, de papillons divers, de sauterelles, etc. Les effets ont été presque instantanés. Le docteur Parahy aurait démontré que foudroyante pour les insectes, sa solution est inoffensive pour l'homme.

La peine disciplinaire du Dr Savary.

On sait que M. Caillaux a, au cours d'une séance récente du Conseil des ministres, informé ses collègues qu'il avait décidé de frapper d'une peine disciplinaire le Dr Savary, inspecteur des enfants assistés dans la Sarthe, qui avait pris l'initiative d'engager les inspecteurs des Enfants Assistés à s'adresser directement aux membres de la Commission du budget pour obtenir une amélioration de leur sort.

La peine qui vient d'être prononcée contre M. Savary est celle de la réprimande.

Le préfet de la Sarthe l'a notifiée lundi par écrit à intéressé. Elle est accompagnée de considérants dans lesquels on reproche à M. Savary de s'être rendu coupable d'une faute professionnelle grave en poussant ses collègues, par des articles rendus publics, à réclamer l'intervention des membres du Parlement pour obtenir une satisfaction qui n'aurait dû être sollicitée que de l'administration supérieure.

On assure que M. Savary, qui est président de l'Association professionnelle des inspecteurs des Enfants assistés et qui aurait agi dans la circonstance en cette qualité, a décidé de se pourvoir devant le Conseil d'État contre la mesure qui le frappe.

Ecole polytechnique de Téhéran.

M. Sacquépée, professeur agrégé à l'Ecole d'application du service de santé militaire, a été envoyé en mission officielle en Perse au titre du département de la guerre comme professeur de médecine à l'Ecole polytechnique de Téhéran.

Empoisonnement par des champignons.

Plusieurs cas d'empoisonnements, dont deux mortels, viennent de se produire à Paris, à la suite de l'ingestion de champignons vénéneux, en particulier d'amanites phalloïdes.

A ce sujet, la préfecture de police communique la note suivante :

« Des cas d'empoisonnement par les champignons viennent de se produire à Paris.

« Ces champignons, d'une espèce très vénéneuse, n'avaient pas été achetés aux Halles centrales, mais chez un commerçant de la rue des Halles.

« Or, le service d'inspection des champignons est assuré d'une façon constante aux Halles centrales.

« Aux termes d'une ordonnance de police toujours en vigueur, les commerçants recevant directement des champignons sauvages ne doivent pas les mettre en vente dans leur magasin sans les avoir préalablement apportés au bureau du service d'inspection des Halles centrales.

« Cette prescription n'a pas été suivie par le vendeur qui, ayant reçu directement un panier de champignons sauvages, les a livrés aussitôt à l'acheteur.

« Les commerçants qui mettent directement en vente des champignons sans cette formalité peuvent être passibles d'un procès-verbal qui les mène en simple police.

« D'autre part, les familles intoxiquées ont le recours d'intenter une action en justice contre ces commerçants, en invoquant l'homicide par imprudence et de réclamer des dommages-intérêts. »

Ajoutons que le service d'inspection est confié à un commissaire de police et à des adjoints d'une compétence réputée en matière de mycographie. Aussi tous les champignons *qui passent par les Halles* peuvent-ils être mangés en toute sécurité.

Une « clinique du délit »

Le garde des sceaux vient de décider la création d'un laboratoire d'anthropologie criminelle dont la création a été plusieurs fois demandée par le Parlement et qui constituera une véritable « clinique du délit ».

En vue de rechercher les conditions pratiques dans lesquelles ce service pourrait être organisé au ministère de la Justice une commission vient d'être instituée dont voici la composition :

Le garde des sceaux, MM. Léon Bourgeois, sénateur; le Dr Dron, député; Landouzy, doyen de la Faculté de médecine de Paris; Thoinot, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Paris; Gilbert Ballet, professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Paris; Dastre, professeur à la Faculté des sciences de l'Université de Paris.

MM. le Dr Papillault, professeur à l'école d'anthropologie; Le Poittevin, conseiller à la Cour d'appel de Paris; Paul Boulloche, directeur des affaires criminelles et des grâces au ministère de la Justice; Just, directeur de l'administration pénitentiaire au ministère de la Justice; Granier, inspecteur général des services administratifs au ministère de l'Intérieur; Yvernes, chef du service de la statistique au ministère de la Justice.

Monument au Dr Gérald Mesny.

Le Comité, à la suite de la mort du regretté Dr Griffon, dont le dévouement a tant contribué au succès de son œuvre, a désigné pour lui succéder un des vice-présidents, le Dr Guépin.

Adresser les souscriptions à M. Armand Grillon, trésorier, 9, rue de Poissy, à Paris (5e arr.).

La question des médecins assermentés.

Dans l'application de la loi sur les retraites ouvrières, il est dit (article 145, chapitre III) que l'ouvrier désireux de toucher avant soixante-cinq ans sa retraite à cause de ses infirmités, sera visité par un médecin assermenté désigné par le préfet; les membres du syndicat des Andelys, sauf MM. Mordagne et Mazoux, protestent contre la nomination de médecins assermentés en général, mesure qui, en désignant les uns, jette la suspicion sur les autres, et demandent que tout au moins le médecin assermenté ne puisse exercer ses fonctions dans la circonscription de sa clientèle.

L'Intervention directe sur le Poumon

DANS LES

PLAIES S'ACCOMPAGNANT D'HÉMORRAGIE GRAVE

Par M. le Dr CHARLES LENORMAND

Professeur agrégé, Chirurgien des Hôpitaux de Paris

L'histoire de cette méthode thérapeutique commence en 1884, avec l'observation d'Omboni : un garçon de 20 ans s'était tiré un coup de revolver immédiatement au-dessous du mamelon gauche ; il présentait un grand hémothorax avec des signes menaçants d'hémorragie interne progressive. Omboni se décida à intervenir ; il fit une thoracotomie dans le troisième espace et trouva une plaie intéressant le bord inférieur du lobe supérieur et également une partie du lobe inférieur ; la partie atteinte du lobe supérieur fut liée en masse au catgut et réséquée ; puis on fit, sur la portion lésée du bord inférieur, une application d'écraseur, on la lia et on la réséqua ; le blessé mourut d'infection le troisième jour.

Huit ans s'écoulèrent avant qu'une nouvelle tentative, celle de Robert et Delorme (1892), fut faite pour arrêter directement l'hémorragie provenant d'une blessure du poumon ; celle-là aussi fut malheureuse. Il en fut de même de l'opération de Dalton (1893).

Les premiers succès furent obtenus, en 1894, par de Sanctis et Feliciani, en Italie, et Michaux, en France ; puis ce furent les observations, également heureuses, de Virdia (3 cas), Annequin, Quénu (1895), Guidone (1896).

L'opération nouvelle, très séduisante en théorie et appuyée sur d'assez nombreux succès, fut bien accueillie par la majorité des chirurgiens. Au Congrès français de Chirurgie de 1895, dans un rapport sur la chirurgie du poumon, Reclus se ralliait au principe de l'intervention dans les cas graves. Au Congrès de Moscou (1897), Tuffier arrivait aux mêmes conclusions, tout en reconnaissant que les cas où l'hémorragie est justiciable d'une hémostase directe constituent l'exception.

Dans les années suivantes, une réaction se fait. On ne trouve plus à signaler que quelques interventions isolées : Lodi (1897), Fummi, Habart (1898), Parozzani (1899), Thiel (1902), Grunert (1904). Tous les mémoires, toutes les discussions portant sur la thérapeutique des plaies de poitrine marquent un retour, au traitement classique par l'immobilisation et la non-intervention. Déjà en 1895, Péan et Jonnesco, Huguet et Péraire concluaient dans ce sens. Les idées abstentionnistes trouvèrent leur formule la plus nette dans les publications de Lucas-Championnière (*Académie de médecine*, 1899), en France, de König (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1903), en Allemagne; et toutes les thèses françaises ou étrangères parues à cette époque sont consacrées à l'exposé et à la justification du traitement classique. Seul Chastenet de Géry (1903) apporte quelques arguments et quelques observations inédites en faveur de l'intervention.

Entre temps, cependant, toute une série de données nouvelles étaient venues transformer la chirurgie thoracique. La technique s'était perfectionnée; la terreur du pneumothorax avait cessé de hanter les chirurgiens et Delagénière en avait montré l'innocuité relative; les travaux de Sauerbruch et de Brauer avaient fourni, d'ailleurs, des moyens propres à éviter cette complication. D'autre part, le principe de l'intervention, universellement admis pour les plaies du diaphragme et pour les plaies du cœur, avait familiarisé les chirurgiens avec la thoracotomie d'urgence. Même il était arrivé que, intervenant pour une plaie du cœur, des opérateurs avaient trouvé le poumon blessé, l'avaient suturé et qu'ils avaient souvent guéri leurs malades (observ. de Gœbell, Wilms, Loison, Cottard, Duval, Rabinovitch, L.-H. Petit, Reymond, Mertens, etc.). Le terrain se trouvait donc préparé pour un retour aux idées interventionnistes.

Ce retour commence, en Allemagne, par la communication de Garré au XXXIVe Congrès allemand de Chirurgie (1905) et par les observations de Gœbell et de Wilms (1906); en France, par les cas de Loison (1906) et de Cottard (1907), et par les discussions qu'ils provoquèrent à la Société de Chirurgie de Paris, puis par la thèse de Thierry de Martel (Paris, 1907); à la même époque, en Italie, où l'intervention avait toujours compté des partisans, paraissaient les observations de Skultecki et de Gangitano (1905).

Depuis lors, les faits se sont multipliés.

LES INDICATIONS DE L'INTERVENTION DIRECTE. — Jamais question ne fut plus discutée que celle-ci. Partout, dans toutes les sociétés, les chirurgiens se sont partagés en deux camps : « interventionnistes » et « abstentionnistes ».

Et cependant, à lire leurs communications, on est frappé du peu de divergences qui existent, au moins *au point de vue théorique*, entre leurs conceptions. Personne ne rejette d'une manière absolue le principe de l'intervention : Championnière lui-même reconnaît « qu'il peut y avoir de très rares exceptions dans lesquelles il y ait nécessité d'une opération ». Et, d'autre part, les interventionnistes les plus ardents admettent, avec Delorme, que « l'expectation reste le traitement de choix ». Il n'y a pas bien loin de l'une de ces opinions à l'autre et l'on comprend que Quénu ait pu résumer la discussion de 1907 à la Société de Chirurgie de Paris, en disant qu'il y avait unanimité sur la question de principe : légitimité de l'intervention, mais seulement dans des cas exceptionnels. N'y a-t-il pas d'ailleurs des interventionnistes farouches qui n'ont jamais rencontré une occasion d'opérer : par exemple, Souligoux qui, sur 22 cas personnels de traumatismes du poumon, n'en a opéré qu'un seul et pour une rupture de la mammaire interne, et Rochard, qui a suivi 71 blessés et n'en a opéré aucun !

Les divergences n'apparaissent réellement que lorsqu'il s'agit de préciser, *en pratique*, quels sont les cas graves qui relèvent de l'intervention directe.

Garré — et son opinion fut adoptée par beaucoup d'auteurs allemands (Borchardt, Grasmann, Möller, Tietze, etc.) — reconnaît quatre indications à intervenir : l'hémorragie immédiate très abondante, l'hémorragie prolongée ou répétée, le pneumothorax à soupape, l'emphysème étendu avec phénomènes d'asphyxie. Je laisse de côté ces deux dernières indications qui seront discutées plus loin et je ne retiens que l'hémorragie, parce que c'est toujours ou presque toujours à cause de l'hémorragie que l'on a opéré, et parce que cette indication apparaît la moins discutable, en vertu du principe général qu'il faut faire l'hémostase directe de tout vaisseau qui saigne.

Quels sont donc les symptômes qui permettent d'affirmer qu'une hémorragie pulmonaire est assez grave pour nécessiter l'intervention ? On ne saurait se baser sur les *symptômes généraux immédiats*, pâleur, dyspnée, angoisse, faiblesse et accélération du pouls, etc. Duplay a jadis insisté sur leur peu de signification ; son élève Demoulin et beaucoup d'autres sont revenus sur ce point. « A côté des sujets qui ont manifestement un vaste épanchement, une plaie pulmonaire incontestable et saignante, il y a un bon nombre de sujets qui ont une anxiété extrême, une anhélance des plus menaçantes, souvent un pouls filiforme et toutes les apparences d'une hémorragie interne, chez lesquels il n'y a peut être pas d'hémorragie du tout ou une hémorragie insignifiante et l'opération serait faite aussi inutilement que possible, mais aggravant à coup sûr l'état du sujet par le traumatisme sur la plèvre et sur le poumon » (Championnière). Sans qu'il soit nécessaire de faire intervenir un « choc » ou une « commotion thoracique », dont l'existence est quelque peu problématique, il suffit de tenir compte de l'émotion des blessés, qui sont presque tous des suicidés ou des victimes de meurtre, pour expliquer ces symptômes immédiats d'apparence si grave et qui se rencontrent même dans des cas de plaies non pénétrantes : témoin cette malade de Rochard, qui, pâle, dyspnéique, sans pouls, semblait mourante et fut bien près d'être opérée et dont cependant la balle n'avait fait que contourner le thorax sans y pénétrer.

Et, d'autre part, il est des cas très graves, rapidement mortels même, qui ne s'accompagnent d'aucun symptôme alarmant dans les premières heures. Delbet a rapporté l'histoire d'un homme, atteint d'une plaie du poumon gauche, dont l'état général resta excellent pendant les deux premiers jours, qui présentait un épanchement modéré sans dyspnée et qui cependant mourut subitement dans la nuit suivante.

On ne saurait donc accorder qu'une importance très minime à l'existence ou à l'absence de ces phénomènes généraux immédiats, dans la détermination à prendre, et il serait extrêmement hasardé de se baser sur eux seuls pour décider une intervention. L'accord est à peu près unanime sur ce point; seul Baudet déclare que, « même en l'absence de tout signe physique, il est disposé à opérer les malades atteints de plaie thoracique, lorsque ceux-ci présentent un pouls à 100, une pâleur accentuée de la face, des sueurs, de l'angoisse et de l'anhélation. des sueurs, de l'angoisse et de l'anhélation ». valeur beaucoup plus grande. On peut apprécier la valeur totale du sang perdu en additionnant les trois manifestations cliniques de l'hémorragie : hémoptysie, hémorragie par la plaie, hémothorax ; « il faut toujours établir une balance entre ces trois expressions de l'hémorragie » (Delorme).

Il faut ajouter que l'hémoptysie est exceptionnellement assez abondante pour créer par elle-même un danger et devenir un élé-

ment important en faveur de l'opération; que dans des cas plus nombreux, mais encore assez rares (Delorme et Robert, Sandor, Sénéchal, Thiel, Tuffier, plusieurs cas de Bandet), c'est l'hémorragie extérieure profuse, incoercible, traversant tous les pansements, qui a paru imposer l'intervention immédiate; que dans la majorité des cas, enfin, on est intervenu à cause de l'hémorragie intrapleurale, d'un hémothorax massif ou à accroissement rapide. Or, si la simple inspection permet de juger très exactement l'importance de l'hémoptysie et de l'hémorragie extérieure, nous n'avons, pour apprécier l'abondance de l'hémothorax, que deux ordres de signes : d'une part, les signes généraux d'anémie aiguë ou de dyspnée, par compression du cœur et du poumon; d'autre part, les signes physiques de l'épanchement. J'ai dit plus haut le peu de valeur des premiers, au moins pendant les premières heures. C'est donc aux signes physiques qu'il faut avant tout s'adresser : c'est la hauteur de la matité, dit Delorme, qui permet d'évaluer le plus sûrement la quantité de sang que renferme la plèvre; c'est elle qui est le « barème de l'hémorragie ». Et ce chirurgien, qui s'est efforcé plus que tout autre à préciser nettement les indications opératoires, appliquant aux hémothorax les chiffres donnés par Pitres pour les pleurésies, nous dit : Une matité atteignant la pointe de l'omoplate indique un épanchement de 700 à 1.200 grammes; une matité arrivant à la partie moyenne de la fosse sous-épineuse correspond à un épanchement de 1.200 à 1.800 grammes ; enfin, lorsque la matité remonte jusqu'à l'épine de l'omoplate, l'épanchement est de 2 à 3 litres et l'intervention immédiate s'impose sans discussion. Dans les épanchements moins abondants, on se décidera suivant qu'il s'y ajoute ou non une hémorragie externe importante. La formule générale reste que « toute perte de sang (totale) supérieure à la valeur d'un hémothorax moyen impose une intervention immédiate ». Delorme ajoute encore (Société de Chirurgie, 1909) que l'on pourra se baser, dans l'évaluation de l'épanchement, outre la percussion, sur la ponction exploratrice et la radioscopie; le dernier de ces moyens, tout au moins, paraît bien peu pratique chez des blessés qu'il faut avant tout éviter de remuer; il n'a pas, que je sache, été employé jusqu'ici.

Bien que la description de Delorme soit évidemment trop schématique et que les chiffres qu'il donne n'aient qu'une valeur très approximative, on ne saurait discuter l'importance des renseignements fournis par l'examen physique du thorax. Encore faut-il savoir que cet examen n'est pas toujours facile, ni inoffensif et qu'il peut rester négatif, même dans des cas très graves. On n'examine pas un blessé du thorax comme un pleurétique. Le moindre mouvement peut déterminer des accidents formidables : il faut donc procéder à un examen unique, rapide, en mobilisant au minimum le malade ; Delorme, lui-même, dit qu'il doit être ausculté et percuté en position horizontale. L'emphysème étendu de la paroi thoracique peut obscurcir ou même annihiler les résultats de l'exploration physique.

De plus, ainsi que l'ont montré Tuffier et surtout Baudet, il existe une variété de traumatismes pulmonaires, généralement fort graves, dans lesquels l'hémothorax fait défaut et où, par conséquent, l'auscultation et la percussion sont négatives : ce sont les *plaies dans un poumon adhérent*. Pour peu que la symphyse pleurale soit étendue, le poumon fixé éclate, pour ainsi dire, sous l'action de l'agent vulnérant, coup de couteau ou projectile ; au lieu de la perforation habituelle, on trouve une véritable rupture, quelquefois une perte de substance à loger le poing (Baudet). Le sang et l'air s'échappent uniquement par la plaie cutanée, donnant de la traumatopnée, une hémorragie extérieure profuse et persistante, qu'exagère momentanément la toux, un emphysème étendu; mais le cloisonnement de la plèvre s'oppose à tout épanchement dans la cavité séreuse et il n'y a ni hémothorax, ni pneumothorax. Voici donc des cas, rares, il est vrai, où l'on ne peut compter sur l'exploration physique du thorax.

L'aggravation progressive des symptômes locaux et généraux est indiscutablement le meilleur argument clinique qui puisse décider à une intervention : elle est l'indication par excellence. Déjà Quénu y insistait en 1895, « L'indication de l'intervention réclame beaucoup plus un ensemble symptomatique qu'un signe isolé; l'affaiblissement progressif du patient s'ajoutant aux signes qui accusent la continuation de l'hémorragie offrent à ce point de vue une indiscutable valeur. »

Cette vérité est si évidente que personne, je crois, ne l'a discutée et n'a contesté la nécessité de suivre le malade de très près, pendant les premières heures, pour juger des modifications de son état. « Ce n'est pas la gravité immédiate des symptômes, c'est leur aggravation qui doit indiquer l'opération » (Maiocchi). « C'est la marche des accidents qui doit guider le chirurgien » (Nélaton)...

Le premier devoir du chirurgien est donc de surveiller son blessé, de l'examiner d'heure en heure et même plus souvent, avant de prendre une décision. Cette surveillance étroite portera à la fois sur les signes locaux d'hémorragie (accroissement de l'hémothorax, hémorragie extérieure) et sur les symptômes généraux : la variation parallèle de ces deux ordres de phénomènes acquiert une signification essentielle. Les troubles fonctionnels et généraux, dont j'ai dit le peu d'importance au moment même de l'accident, en prennent une considérable lorsqu'ils persistent et surtout lorsqu'ils s'aggravent, malgré l'immobilisation, les injections de morphine et d'huile camphrée. On accordera donc une attention toute spéciale aux modifications de la respiration, du pouls, de la température, à la cyanose, aux tendances syncopales, à la pâleur de la face, au refroidissement des extrémités : l'existence d'une lésion pulmonaire très grave est évidente quand on voit, comme chez une malade de Chastenet de Géry, la dyspnée devenir angoissante, le pouls s'élever de 112 à 135, la température baisser de 1 degré 6 en moins de trois heures.

Et cette surveillance de tous les instants doit s'exercer non seulement vis-à-vis des blessés dont l'état immédiat est inquiétant, mais encore de ceux qui paraissent ne présenter que des lésions de gravité légère ou moyenne. Nombre d'observations montrent que, chez des sujets dont l'état semblait d'abord excellent, on peut voir survenir au bout de quelques heures, souvent d'une façon très brusque, les accidents les plus menaçants : le malade de Fasano, atteint de trois coups de couteau, ne présentait que des symptômes insignifiants au moment de son entrée à l'hôpital; le lendemain matin, il était dans un état des plus inquiétants, avec une dyspnée intense et un hémothorax remplissant les deux tiers de la plèvre, et l'on jugeait l'opération indispensable; — le blessé de Pillet paraissait tout d'abord légèrement atteint, avec un facies coloré, un pouls bien frappé, une bande de matité étroite à la base gauche, sans aucun signe d'hémorragie interne; mais treize heures après l'accident, brusquement, à l'occasion d'un mouvement, il ressent une violente douleur dans le côté, la dyspnée s'accentue rapidement, la face pâlit et est inondée de sueur froide, le pouls est petit et fréquent, la température s'abaisse à 36 degrés 5, etc.; l'opération, immédiatement pratiquée, fut impuissante à le sauver ; — de même, dans les cas de Grasmann, Riche, Sandor, etc.

Malgré tout, l'indication opératoire reste difficile à poser en pratique, et bien souven l'hésiation est permise; de Martel exagère sans doute, lorsqu'il affirme « qu'il est impossible de dire à quoi se reconnaît une grave hémorragie pulmonaire ». Ce qui est toujours difficile et parfois impossible, c'est de dire, en présence d'une hémorragie grave, si elle s'arrêtera spontanément ou si elle n'est justiciable que de l'hémostate directe.

Il serait évidemment beaucoup plus commode d'avoir une règle de conduite applicable à tous les cas, sans distinction, de recourir à l'intervention systématique dans toutes les plaies de poitrine, comme on le fait dans toutes les plaies de l'abdomen et cela quels que soient les symptômes et à la seule condition que la pénétration soit certaine ou probable. Quelques chirurgiens en sont arrivés à cette conception simpliste : « Si le chirurgien éprouve un doute quelconque sur la conduite à tenir, déclare de Martel, il faut qu'il intervienne. » Et Souligoux : « En présence d'une plaie ou d'une contusion grave du thorax s'accompagnant de symptômes inquiétants, il y a lieu de pratiquer d'urgence une thoracotomie exploratrice, qui sera l'amorce d'une ouverture plus large du thorax, si la nécessité d'une suture du poumon devient manifeste; en cas d'hésitation, c'est en faveur de l'intervention qu'il faut se décider. » En Allemagne, Hotz se demande s'il ne vaudrait pas mieux intervenir primitivement dans tous les hémo-pneumothorax, même sans symptômes immédiatement menaçants, pour éviter les complications possibles qui obligeraient à opérer dans de plus mauvaises conditions; et Grunert affirme, au moins pour les plaies par armes blanches, que l'intervention « ne peut être qu'utile, jamais nuisible ».

Mais ce ne sont là que des opinions théoriques. Il n'existe, à ma connaissance, que deux chirurgiens ayant formulé et appliqué réellement en pratique le principe de l'intervention systématique dans les plaies du poumon : ce sont Baudet, en France, et Zeidler, en Russie. Baudet déclare expressément (*Congrès français de Chirurgie*, 1909) : « Toute plaie douteuse on certaine du poumon doit être opérée d'urgence; il ne fant réserver l'expectation armée qu'à celles qui pa-

raissent d'une bénignité indiscutable »; et il a mis ce précepte à exécution chez douze blessés. La pratique de Zeidler a été exposée, avec les résultats obtenus, par son élève Stuckey; elle ne s'applique qu'aux plaies par armes blanches et peut se résumer ainsi: toutes les fois que l'accident ne date pas de plus de douze heures, le malade est amené aussitôt sur la table d'opération et l'on agrandit la plaie, en suivant son trajet jusqu'à la plèvre; celle-ci est-elle intéressée, on écarte les bords de la plaie pleurale pour examiner l'intérieur de la cavité et voir si elle renferme, ou non, du sang; lorsqu'elle n'en contient pas, ou très peu, on suture hermétiquement la plèvre et les muscles; s'il y a, au contraire, du sang en certaine quantité, on résèque une côte, on ouvre largement la plèvre et on extériorise le poumon pour l'examiner. Cette conduite a été tenue par Zeidler ou ses assistants chez vingt-cinq blessés; on verra plus loin avec quels résultats. Lorsque l'accident date de plus de douze heures, on attend, pour intervenir, qu'une indication précise soit fournie par des symptômes d'anémie ou de pneumothorax à soupape.

Une telle règle de conduite ne peut être admise sans discussion. L'intervention systématique ne pourrait être acceptée que si, dans les plaies du poumon comme dans celles de l'abdomen, elle était le plus souvent utile et toujours inoffensive en elle-même. En d'autres termes, pour juger la question, il faut envisager deux points préjudiciels: d'une part, parmi les blessés que laisse mourir le traitement classique, en est-il beaucoup que sauverait une intervention directe sur le poumon? D'autre part, quelle est la gravité de l'opération en elle-même?

Proportion des cas susceptibles de bénéficier de l'opération. — Cette question est très difficile, sinon impossible, à résoudre. Tout ce que l'on peut dire, c'est que ces cas sont peut-être moins nombreux qu'on ne pourrait le supposer *a priori*, qu'en tout cas l'intervention systématique aurait des morts, tout comme le traitement classique.

Garré estime, d'après le dépouillement de cent cinquante observations avec autopsies, que 5 ou 6 0/0 des blessés qui succombent auraient été justiciables d'une opération au moment de leur entrée à l'hôpital. Möller pense que deux ou peut-être trois de ses sept cas de morts auraient pu bénéficier d'une intervention; von Bomhard donne la proportion de trois cas opérables sur onze qui se sont terminés par mort. C'est peu; et cette faible proportion s'explique par ce fait qu'un très grand nombre de cas mortels sont véritablement au dessus des ressources de la chirurgie, soit qu'ils concernent des hémorragies foudroyantes qui amènent la mort en quelques minutes et ne laissent pour ainsi dire pas de place à une intervention, soit qu'il s'agisse de lésions complexes, intéressant d'autres viscères que le poumon (cœur, gros vaisseaux, organes abdominaux, crâne, rachis). Un nombre important de blessés succombent dans les premières heures, voire même dans les premières minutes après leur entrée à l'hôpital (Borzeky, von Bonhard, Möller); Fleischhut a réuni huit cas mortels: parmi eux, trois fois le décès a été presque immédiat et sept fois il y avait des lésions viscérales complexes.

C'est d'ailleurs ce qu'exprimait tout récemment Tuffier (*Société de Chirurgie*, 1911) lorsqu'il disait: « Plus je vais, plus j'ai la conviction que les indications opératoires sont particulièrement rares, que la mortalité dans les plaies graves du poumon a lieu *dans les toutes premières heures* après l'accident et que, cette période passée, la guérison est la règle; or, rien n'est plus difficile que de voir le malade à ce moment et de poser l'indication de l'opération. »

Essaie-t-on d'opérer quand même dans ces cas où la mort est imminente, l'échec est à peu près constant et bien souvent le chirurgien n'a même pas la satisfaction de terminer son intervention. Guibal opère un homme atteint d'un coup de feu perforant l'hémithorax gauche avec état général extrêmement grave et hémorragie externe et interne formidable; il trouve une plaie du hile saignant en jet, avec section d'une grosse bronche; « ces lésions, dit-il, me semblent irréparables: lier les vaisseaux était chose impossible, parce qu'il fallait agir profondément et aveuglément, parce qu'ils étaient enfouis dans un vaste hématome et qu'ils étaient probablement rétractés dans la profondeur; d'autre part, quelle conduite tenir vis-à-vis de l'arbre bronchique sectionné? » Guibal se contenta donc de faire un tamponnement et son malade succomba à la fin de l'opération. Dans des conditions à peu près semblables, Dasprès trouve successivement chez une femme qui présentait un double hémothorax, une rupture de la mammaire interne qui est liée, une perforation du bord antérieur du poumon droit qui est suturée, enfin, une plaie de l'oreillette droite, qu'il renonce à suturer en raison de l'état menaçant de l'opérée; elle succomba le lendemain matin et l'autopsie montra que les deux oreillettes et la cloison inter-auriculaire avaient été perforées par la balle et qu'il existait, en outre, une plaie du poumon gauche.

La chirurgie la plus audacieuse ne peut rien contre de tels délabrements. Mais elle peut revendiquer quelques succès, singulièrement encourageants, même dans des cas très graves: des blessés qui se mouraient réellement d'hémorragie ont été sauvés par l'intervention (cas de Lejars, Ombredanne, etc.); des plaies complexes, intéressant à la fois le cœur et le poumon, ont été traitées par la suture des deux organes et ont guéri (cas de Gœbell, de Wilms). Peut-être même les lésions des gros vaisseaux du médiastin et du pédicule pulmonaire sont-elles accessibles, elles aussi, à une intervention utile: Mauclaire (*Congrès français de Chirurgie*, 1902) a pratiqué la suture d'une plaie de l'artère pulmonaire à son origine; son blessé n'a survécu que vingt-quatre heures, mais les sutures avaient tenu; et les tentatives d'artériotomie pour embolie pulmonaire, faites récemment par Trendelenburg et ses assistants, ont confirmé la possibilité d'obtenir une hémostase durable par cette méthode. En ce qui concerne les veines pulmonaires, von Eiselsberg (*Congrès allemand de Chirurgie*, 1909) a été bien près d'enregistrer un succès complet: un homme de 54 ans, morphinomane et cachectique, s'était porté plusieurs coups de ciseaux dans la région du cœur; il fut opéré immédiatement dans la chambre de Sauerbruch; on trouva une plaie de l'origine d'une veine pulmonaire, qui fut suturée à la soie; le blessé se remonta tout d'abord, puis il eut une suppuration d'un hémothorax gauche et, malgré ponctions et incision, il finit par succomber le cinquante-quatrième jour.

Donc, dans les cas en apparence les plus graves et les plus désespérés, l'intervention reste une audace permise; mais il faut bien savoir que, suivant un mot de Nélaton, « la réussite est alors un bonheur » et un bonheur infiniment rare... et il ne faut pas oublier non plus que certains cas, en apparence tout aussi graves, ont parfois guéri par l'immobilisation et la ponction.

Gravité de l'intervention: mortalité opératoire. — La suture du poumon blessé est une opération grave; elle doit évidemment la plus grande partie de cette gravité à la lésion traumatique contre laquelle elle est dirigée; mais l'acte opératoire par lui-même apporte indiscutablement un facteur de gravité et des dangers nouveaux.

Toujours est-il que la mortalité est considérable et il est remarquable que cette mortalité reste exactement au même taux, un tiers environ, bien que le nombre des cas se soit multiplié dans ces dernières années. En 1905, dans un relevé d'ailleurs incomplet, Garré trouvait 3 morts sur 9 cas; en 1907, de Martel réunit 43 cas, avec 14 morts en 1910. Möller arrive au chiffre de 64 cas avec 21 morts. J'ai moi-même recueilli dans la littérature un total de 133 interventions directes sur le poumon (sutures ou tamponnements) faites dans des cas de plaies (1), et ces 133 cas ont donné 44 morts. C'est donc toujours une mortalité d'environ 33 0/0.

Je sais les objections que l'on peut adresser à ces statistiques globales et qu'elles n'ont qu'une valeur toute relative. En fait, je crois qu'elles indiquent une proportion trop élevé de succes et que la réalité est peut-être moins brillante. C'est une banalité, mais c'est aussi une vérité que de redire que l'on publie plus facilement les cas heureux que les échecs. D'autre part, il n'est pas douteux qu'un certain nombre d'observations figurant dans ces statistiques concernent des lésions légères ou moyennes qui auraient, sans nul doute, guéri par l'abstention: de Martel reconnaît que la guérison de son blessé aurait pu être certainement obtenue par le simple repos: Quénu a fait la critique de l'observation de Duval et montré que l'opération avait été inutile et même nuisible par l'infection consécutive; de même le cas de Desse, plusieurs de ceux de Stuckey, etc., ne semblaient guère nécessiter une intervention. Il n'est donc pas tout à fait exact d'affirmer, comme on l'a fait, que tous les blessés guéris ont été sauvés par l'opération.

Je crois qu'il faut attacher une importance toute particulière aux statistiques *intégrales* des chirurgiens qui ont appliqué aux plaies pulmonaires le principe de l'intervention systématique. Ce sont elles qui donnent l'idée la plus exacte, à mon avis, de la gravité

(1) Cette statistique n'est certainement pas complète, et quelques observations ont dû m'échapper; je la crois néanmoins suffisante pour indiquer le bilan actuel de l'intervention. Il faudrait y ajouter encore 9 opérations (2 sutures et 3 tamponnements) faites pour *ruptures du poumon*, avec 2 guérisons et 4 morts.

Alors que ce rapport était déjà à l'impression, une nouvelle discussion s'est ouverte (avril-mai 1911), à la *Société de Chirurgie* de Paris, sur le traitement des plaies du poumon; il a été apporté 4 observations nouvelles de suture pour plaies pulmonaires (Lejars, Potherat, Quénu, Tanton); seule la malade de Lejars a guéri, les 3 autres ont succombé.

réelle de l'opération. Ces statistiques sont au nombre de deux, celle de Bandet et celle de Zeidler-Stuckey : Bandet a opéré 12 blessés atteints de plaies de poitrine (dont 10 seulement intéressaient le poumon) et il en a perdu 3 (25 0/0); Stuckey a publié une série de 25 interventions pour plaies du poumon par armes blanches, faites à la clinique de Zeidler, avec 9 morts (36 0/0).

L'étude des *causes de ces morts post-opératoires* est instructive, car elle met en évidence les principaux dangers de l'intervention. J'ai trouvé des renseignements précis sur ce sujet dans 36 des cas de morts (sur 41), 10 sont attribués au choc ou à l'anémie aiguë causée par la blessure, 4 à la persistance de l'hémorragie malgré l'intervention, par suite d'une lésion méconnue du poumon ou d'un vaisseau pariétal, 15 à l'infection, 7 à des causes diverses, indépendantes de l'opération (syncope chloroformique, myocardite, autres lésions viscérales, delirium tremens, etc.). En somme, abstraction faite de quelques morts vraiment accidentelles, tous les échecs sont dus à l'*hémorragie* ou à l'*infection*. Un certain nombre de blessés succombent dans les premières heures ou les premiers jours; on parle alors du « choc » consécutif à l'ouverture large du thorax (Championnière); ce prétendu choc est quelque chose de bien vague et, en réalité, la plupart de ces malades meurent, exsangues, d'anémie aiguë : les uns ont été opérés trop tard, déjà presque en agonie, ils ne se sont pas relevés et ont achevé de mourir; les autres ont continué à saigner, parce que l'opération avait été incomplète et avait négligé soit une seconde plaie pulmonaire, soit une intercostale rompue.

Mais le grand danger de la thoracotomie dans les plaies pulmonaires, la cause de mort la plus importante, est l'*infection :* elle explique, à elle seule, près de la moitié des décès dans ma statistique globale (15 sur 36); elle intervient 7 fois sur les 9 morts de la statistique personnelle de Stuckey. Et ce danger d'infection apparaît plus grand encore lorsqu'on envisage, à côté de la mortalité, la morbidité post-opératoire : parmi les sujets qui finissent par guérir, un grand nombre ont présenté des accidents infectieux plus ou moins graves du côté du poumon ou de la plèvre et beaucoup ont dû subir une pleurotomie secondaire.

Des 25 opérés de Stuckey, 6 seulement ont guéri sans incident, 2 sont morts d'hémorragie, les 17 autres ont eu de l'infection (mortelle dans 7 cas). Dans mon relevé d'ensemble, à côté des 15 morts par infection, je trouve des accidents d'infection et de suppuration pleurales ou pulmonaires chez 34 opérés qui ont guéri : c'est donc, en tout, 49 cas d'infection sur 133 interventions, soit une proportion de 37 0/0. Il est donc permis de ne pas suivre Stuckey lorsqu'il affirme, malgré ses propres cas, que le « danger d'infection pendant l'acte opératoire lui-même doit être très minime dans un service d'hôpital fonctionnant bien »

Je pense avoir démontré, au contraire, par les faits et par les chiffres qui précèdent, que l'hémostase directe des plaies pulmonaires constitue une opération toujours grave, d'exécution difficile, de succès aléatoire, qu'elle augmente indiscutablement les risques d'infection. On ne saurait donc admettre comme légitime le principe de l'intervention systématique. La comparaison que certains ont voulu établir entre la laparotomie exploratrice pour plaie de l'abdomen et la thoracotomie exploratrice pour plaie de poitrine est absolument injustifiée et ne saurait se défendre : d'une part, en effet, la clinique nous a appris que toutes, ou presque toutes, les plaies abdominales ont une terminaison fatale si l'on n'intervient pas, alors que la majorité des plaies du poumon, abandonnées à elles-mêmes, évoluent vers la guérison spontanée; d'autre part, tandis que la laparotomie exploratrice est une opération facile, inoffensive entre les mains d'un chirurgien exercé, et qui, somme toute, n'ajoute rien par elle-même aux dangers résultant du traumatisme, la thoracotomie est une opération sérieuse et difficile qu'on ne peut regarder comme indifférente.

J'estime donc que l'*intervention directe sur le poumon ne peut être qu'un traitement d'exception, réservé aux cas de nécessité absolue, à ceux où est démontré ou, du moins, est très probable qu'elle constitue la seule chance de salut*. Les indications doivent être discutées pour chaque cas particulier et je crois qu'elles peuvent se présenter dans trois circonstances bien distinctes.

1. C'est d'abord l'*intervention immédiate*, on pourrait dire instantanée, *dans les cas d'inondation pleurale foudroyante.* Ces cas correspondent habituellement à la blessure des gros vaisseaux du hile pulmonaire. Le malade va mourir saigné à blanc et asphyxié : toutes les tentatives pour le sauver sont légitimes; mais ce sont aussi ces blessés dont « l'aspect, dit König, détournerait les plus hardis de l'intervention ». Bien souvent d'ailleurs, la question ne se posera même pas, la mort survenant avant qu'on ait pu tenter quoi que ce soit. J'ai dit plus haut, combien les chances de succès étaient minimes dans ces lésions si graves, combien d'opérations dramatiques avaient été interrompues par la mort du malade; il est inutile d'y revenir. C'est affaire au chirurgien, d'après son tempérament, son audace, son habileté, de décider s'il risquera cette suprême ressource;

2. *L'intervention précoce, faite au bout de quelques heures, pour une hémorragie abondante et continue*, offre de bien meilleures chances. Là me paraît être l'indication la plus fréquente et la plus légitime de l'hémostase directe. On la discutera en se basant sur l'ensemble des symptômes généraux et locaux, sur la gravité des signes d'anémie aiguë et l'intensité de la dypsnée, sur l'état du pouls et de la température, quelquefois sur l'abondance de l'hémorragie extérieure, plus souvent sur l'abondance de l'hémothorax, mais *surtout sur l'aggravation progressive et parallèle de tous ces symptômes :* ce n'est pas, en général, au premier examen que l'on prendra une décision, c'est en revoyant le blessé, en constatant au bout de quelques heures que l'hémorragie augmente et que l'état général devient plus mauvais. Thiéry a proposé, dans les cas douteux, de trancher la question en faisant au blessé une injection intraveineuse massive de sérum : s'il se remonte sous son influence, c'est qu'il n'y a pas d'hémorragie ou qu'elle est arrêtée; si l'injection reste sans effet, c'est que l'hémorragie continue, et il faut opérer; il aurait eu recours plusieurs fois à ce procédé et en aurait constamment obtenu des renseignements exacts; je craindrais, pour ma part, que l'injection de sérum à haute dose, en élevant brusquement la tension sanguine, ne provoquât une reprise de l'hémorragie, si celle-ci était arrêtée.

Bien entendu, si l'on ne doit se décider à intervenir qu'à bon escient, il ne faut pas non plus laisser passer le moment favorable, il faut savoir ne pas trop attendre. Ici, comme toujours en chirurgie d'urgence, il y a une question de tact clinique, qui ne peut se régler par des formules étroites et que seule une expérience approfondie des grands blessés peut donner;

3. Enfin, dans quelques cas on devra discuter l'*intervention retardée*, faite au bout de quelques jours, pour une hémorragie abondante moyenne, mais persistante, ou pour des reprises d'une hémorragie qui s'était arrêtée, pour de véritables hémorragies secondaires. Quénu a insisté, avec raison, sur l'utilité de l'opération dans les cas de ce genre; lui-même l'avait pratiquée, au neuvième jour, chez un blessé dont l'hémothorax continuait à augmenter, malgré deux ponctions. Le malade de Züttner n'entra à l'hôpital que le lendemain de son accident, l'hémorragie semblait arrêtée à ce moment; elle reprit dans la nuit suivante et l'on intervint au bout de quarante-huit heures, avec succès. Petit (de Toulon) n'opéra son blessé que le huitième jour, en présence d'un hémothorax qui continuait à s'accroître malgré la ponction et d'un épanchement séro-sanglant du péricarde. Baudet a rapporté l'histoire très démonstrative d'une femme qui, blessée d'un coup de couteau, ne présentait aucun symptôme pulmonaire, si bien qu'elle entra dans un service de médecine où elle fut soignée pour de la grippe; au bout de trois jours, elle fit brusquement un hémothorax massif; Baudet l'opéra d'urgence et sutura une plaie saignante du poumon; la malade guérit.

Il y a là une indication rare, mais très nette, à intervenir et dans des conditions qui paraissent assez favorables.

L'Anarchie médicale

Par M. le Docteur X...
Homme de lettres

De mon temps (je suis très vieux!), il y avait encore des journalistes qui étaient *médecins*. Aujourd'hui, tous les médecins sont *journalistes!*

Aussi l'Association qui les rassemble, sera-t-elle sous peu aussi importante que les *syndicats* de Paris, de la Seine et d'ailleurs... Voilà qui va bien?

De mon temps, les médecins soignaient les malades; les chirurgiens opéraient; et les professeurs enseignaient!

Aujourd'hui, les médecins font de la chronique théâtrale ou musicale, les chirurgiens s'occupent d'hygiène, les dentistes veulent être docteurs, tout comme les pharmaciens! Les journalistes n'écrivent plus... En veut-on des exemples?

Un récent article du Dr Mouchet, chirurgien des hôpitaux, dans le *Paris Médical*,

est relatif à une chronique théâtrale; il faut en rapprocher l'article du Pr Gilbert sur les *Mille et une Nuits*; celui du Pr Dupré sur Charles VII, etc., etc.

La majorité est d'avis que tout est bien ainsi; elle pense que nous autres, qui furent dans notre belle jeunesse (il y a de cela plus de *trente* ans! c'est une carrière) les révoltés, les agités, les anarchistes, les hommes de progrès, c'est-à-dire les *modérés de l'avenir*, nous ne sommes plus que de vieilles badernes et des bohêmes assagis; qu'il faut nous mettre au vestiaire du passé et nous clore le bec à tout prix!

Qui plus est: les jeunes ont réussi au delà de toute espérance! Cherchez présentement dans la presse médicale actuelle, les noms des vrais journalistes d'alors (ils ont à peine cinquante ans aujourd'hui), vous n'en trouverez plus! Chaque jour on fonde de nouveaux journaux, des revues d'un type conçu il y a longtemps. On ne veut plus d'eux, de façon systématique. Ils pensent trop comme au temps des cerises!...

Est-il besoin de dire que ces lignes ne contiennent aucune récrimination, puisque, volontairement, nous avons quitté personnellement la carrière il y a déjà plus de cinq ans?

Nous ne les avons écrites que pour libérer une conscience qui crie malgré nous, car nous sentons très bien qu'on va ainsi à la désorganisation sociale et médicale.

De mon temps, un médecin journaliste était un oiseau rare, un inconnu qui mourrait de son métier... On *naissait journaliste* et on ne devenait *médecin* que pour faire plaisir à ses vieux parents! Aujourd'hui les médecins écrivent dans les journaux pour faire du bruit et pour faire parler d'eux; ils naissent n'importe quoi, deviennent tout ce qu'on veut, pourvu qu'on apporte sur un plat une promesse de mine d'or. Avant tout, il faut lutter pour la vie; et les *affaires sont les affaires*. La vocation n'existe plus...

Le journal ne payant plus qu'en *publicité*, va donc pour la *publicité*! c'est toujours cela de pris sur la bourse ennemie, c'est-à-dire sur le bon public.

REVUE DE PATHOLOGIE

Recherches dynamométriques à l'état normal et pathologique, par MM. les Drs Alphonse Baudouin et Henri Français, Chefs de clinique à la Faculté de médecine de Paris.

Il est intéressant dans bien des cas de pouvoir mesurer exactement la force musculaire. Aussi les auteurs se sont efforcés d'en réaliser une exploration aussi étendue et aussi précise que possible, grâce à un appareil composé d'un dynamomètre hydraulique, gradué de 1 à 100 kilogrammes, fixé au bord d'une table solide sur laquelle est étendu et immobilisé le sujet en expérience. L'effort exercé, réfléchi par une poulie que l'on peut placer à une hauteur variable, va actionner le dynamomètre.

Au moyen de cet appareil, les auteurs, se plaçant dans des conditions bien déterminées, toujours les mêmes, ont mesuré la force musculaire des divers segments du corps: abduction et adduction des bras, flexion et extension de l'avant-bras, flexion et extension de la main, de la cuisse, de la jambe et du pied. Un appareil de ce genre, permettant d'explorer la force d'un grand nombre de mouvements, est susceptible de rendre des services au point de vue clinique et physiologique.

Après avoir cherché à déterminer les moyennes de la force des principaux groupements musculaires, à l'état normal, chez l'homme et chez la femme, les auteurs en ont étudié les variations à l'état pathologique. Ils ont examiné les hémiplégiques et constaté que le déficit moteur existe pour tous les groupements musculaires à peu près au même taux. Au membre postérieur, en particulier, ce déficit existe sur les extenseurs du pied, de la jambe et de la cuisse, au prorata de leur force normale. Les constatations ainsi faites ne s'accordent pas avec la loi de Mann et de Wernicke sur la prédominance de l'hémiplégie au niveau des muscles fléchisseurs.

Il résulte de leurs études chez les sujets atteints de myopathie qu'il ne paraît pas exister de forme de cette affection nettement localisée, et le dynamomètre apporte ainsi sa contribution à la négation de la doctrine de la spécificité étroite de chaque forme de myopathie.

L'exploration dynamométrique des malades atteints de paraplégie spasmodique retient encore l'attention des auteurs. Ils cherchent à dégager des types divers de paraplégie spasmodique certains caractères propres à chaque forme étiologique.

Premières recherches urologiques sur l'albumine à l'aide des sérums précipitants, par MM. le Dr Bret, médecins des Hôpitaux et Ch. Porcher, professeur à l'École vétérinaire, de Lyon.

Nous avons préparé nos sérums précipitants en injectant à des lapins, par la voie péritonéale, tous les cinq ou six jours, 5 centimètres cubes environ de sérum humain. On fit cinq à six injections; huit à dix jours après la dernière, l'animal fut saigné à blanc. Son sérum renfermait un anticorps très actif pour le sérum humain. Nous comptons, par la suite, nous servir de la chèvre.

Nous avons adopté le manuel opératoire suivant:

Dans un très petit tube à essais stérilisé, nous versons V gouttes de sérum précipitant, puis nous amenons avec précaution, de façon à déterminer une superposition aussi parfaite que possible, V gouttes d'urine filtrée. Au contact des deux liquides, dans le cas d'une réaction positive, il se fait un anneau dû à la formation d'un précipité qui finit par se rassembler avec le temps dans le fond du tube, en flocons plus ou moins diffluents.

Le procédé par superposition conduit à des résultats plus sensibles que celui qui consiste à mélanger urine et sérum.

La plus ou moins grande netteté de l'anneau de précipitation, sa plus ou moins grande rapidité d'apparition, la densité des flocons, constituent pour nous des éléments d'appréciation que nous plaçons en face, d'une part, des renseignements d'ordre clinique fournis par l'examen du malade, et, d'autre part, des résultats de l'analyse chimique de l'urine.

Nous croyons pouvoir, au moins à titre provisoire, noter les résultats suivants:

Chez des sujets réputés sains, la réaction des urines vis-à-vis d'un sérum précipitant (recherchée trois fois) a toujours été négative. La réaction a été nette et positive dans un grand nombre de cas, en concordance absolue avec les modes usuels de recherche de l'albumine; il y avait toujours alors des raisons cliniques suffisantes pour croire à l'existence de lésions primitives du parenchyme rénal (mal de Bright, néphrite aiguë pneumonique, néphrite ascendante, albuminurie chez des tuberculeux). Parfois, il existait des différences assez sensibles dans la façon dont les urines pathologiques se comportaient, soit avec les réactifs de l'albumine, soit au contact du sérum précipitant. Avec le sérum, la précipitation pouvait être rapide, abondante et précoce, alors que la présence de l'albumine semblait douteuse, voire même impossible à déceler (chez deux malades présentant à la fois de l'hypertrophie cardiaque et de l'hypertension artérielle). Inversement, la réaction de précipitation a pu être négative quand l'albumine était reconnue par d'autres procédés.

Ces faits n'autorisent actuellement aucune conclusion théorique; nous croyons devoir en faire ressortir simplement les conditions d'observation.

Relations entre l'hyperacidité urinaire et l'élimination de corps acétoniques chez les sujets sains soumis à l'inanition ou à une alimentation entièrement privée d'hydrates de carbone, par M. le Dr F. Maignon, de Lyon.

Dans des recherches antérieures, nous avons montré que l'aggravation de l'acétonurie diabétique constatée lors de la substitution d'aliments gras aux aliments hydrocarbonés de la ration, n'est due ni à la restriction des hydrates de carbone, ni à l'ingestion de graisses, mais uniquement à l'hyperacidité urinaire qui en résulte. Il suffit, en effet, d'empêcher l'élévation de l'acidité urinaire par l'administration de bicarbonate de soude pour placer les malades à l'abri de cet inconvénient. Chez les diabétiques acétonuriques, traités par le régime des corps gras, on voit l'acétone diminuer et même disparaître si l'on a le soin de maintenir l'acidité urinaire dans ses limites normales, à l'aide d'alcalins.

Dans ces dernières recherches, entreprises en collaboration avec M. L. Morand, nous nous sommes proposé de vérifier si l'apparition des corps acétoniques dans l'urine des sujets sains, soumis à l'inanition ou à une alimentation exclusivement carnée et grasse, ne relevait pas de la même cause.

Les expériences que nous avons instituées pour l'étude de cette question ont pleinement confirmé cette manière de voir. Nous n'en donnerons ici que les conclusions essentielles:

1° L'acétonurie n'apparaît pas chez des chiens soumis à l'inanition ou à une alimentation exclusivement carnée et grasse, si l'on a le soin d'éviter l'élévation de l'acidité urinaire par l'administration de bicarbonate de soude.

2° L'acétonurie, lorsqu'elle a apparu sous l'influence des causes précitées, disparaît par l'administration de ce même sel.

3° En même temps que les corps acétoniques disparaissent sous l'influence du bicarbonate de soude, on voit l'ammoniaque urinaire diminuer. Ces trois facteurs: acidité, ammoniaque urinaire et corps acétoniques, varient toujours dans le même sens.

REVUE DE PÉDIATRIE

Traitement de l'eczéma infantile par les mutations lactées, par le Dr G. Variot, médecin en chef de l'hôpital des Enfants Assistés.

L'eczéma des nourrissons, affection tout à fait distincte de l'érythème localisé consécutif à la diarrhée, est bien plus fréquent chez les bébés au sein que chez ceux au biberon. Les efflorescences cutanées avec vésicules suintantes gagnent la peau du tronc, le visage, le cuir chevelu et sont souvent d'une ténacité qui fait le désespoir des mères et des médecins.

Après des observations nombreuses faites tant à la Goutte de Lait de Belleville, qu'à la Nourricerie des Enfants-Assistés et dans la clientèle de la ville, depuis plusieurs années, l'auteur a constaté que l'eczéma des nourrissons au sein coexiste très habituellement avec des troubles des fonctions digestives. Il s'est assuré que l'on peut modifier simultanément l'eczéma et les troubles digestifs en substituant un autre lait à celui de la mère et il propose de

traiter systématiquement les éruptions eczémateuses plus ou moins généralisées des nourrissons par les *mutations lactées*. Souvent il suffit de pratiquer l'allaitement mixte en donnant quelques prises de lait surchauffé ou homogénéisé, ou de lait frais aseptique, en alternant avec les tétées au sein, pour obtenir une amélioration des accidents. D'autres fois, il semble que les propriétés *eczématigènes* du lait de certaines femmes sont telles qu'on doit renoncer à son emploi comme lorsqu'il est tout à fait toxique. L'analyse chimique est impuissante à nous dévoiler la cause de ces troubles. Il faut alors abandonner le sein et recourir à l'allaitement artificiel qui offre une réelle sécurité avec les nouvelles méthodes de stérilisation.

Dans les cas où les nourrissons eczémateux sont atrophiques, très retardés dans leur croissance, on ne doit pas hésiter à leur donner une nourrice pour remplacer le lait de leur mère.

Outre ces *mutations lactées* qui varieront suivant les circonstances et la gravité des éruptions cutanées, on utilisera comme adjuvants de la méthode nouvelle, le citrate de soude qu'on ajoutera au lait dans le biberon, les bains d'amidon, la pommade à l'oxyde de zinc, la poudre de talc, etc... Le traitement de l'eczéma infantile par les *mutations lactées* est inoffensif et n'expose pas à des répercussions viscérales comme on peut les observer après l'emploi intempestif de certains topiques appliqués sur la peau.

REVUE DE PSYCHIATRIE

Des différentes espèces de douleurs psychopathiques (leur signification, leur rôle), par M. G. Maillard, médecin-adjoint de la Salpêtrière.

I. — Douleur physiologique. Douleurs psychopathiques. Cénesthésie

La *douleur physiologique* est le cri d'appel de l'organisme en danger. C'est elle qui avertit notre moi sentant d'une atteinte portée à notre corps. La douleur est un des meilleurs moyens de défense de l'organisme et un des symptômes les plus importants des maladies.

Les *douleurs psychopathiques*, déterminées ou non par une lésion organique, présentent des caractères spéciaux et deviennent un symptôme d'un état psychique anormal. Elles se produisent, soit sans excitation organique, sans lésion, naissant tout entières dans le psychisme, soit avec une irritation minime qui en aura été le point de départ, le prétexte plutôt que la cause réelle, en tout cas avec une disproportion dans son intensité ou ses réactions apparentes. De même des sensations, normalement non douloureuses, peuvent devenir par elles-mêmes, soit une simple gêne, soit quelque chose d'agaçant, d'énervant, de très pénible, soit une véritable douleur.

Mais, pour que l'on soit en droit de considérer une douleur comme psychopathique, il ne suffit pas qu'elle apparaisse seulement comme un peu trop vive ou légèrement disproportionnée avec la cause qui lui a donné naissance. Il faut qu'elle s'écarte beaucoup de la qualité ou de l'intensité qu'elle devrait avoir, devenant ainsi, par cette anomalie évidente, le symptôme d'un trouble dans la façon de sentir, ou, et ce sera le degré le plus marqué de la douleur psychopathique, qu'elle naisse sans point de départ somatique.

Quant à la *cénesthésie*, c'est un mot que l'on rencontre à chaque instant en psychiatrie depuis quelques années, mais ce mot est employé malheureusement avec des acceptions assez différentes.

Tantôt la cénesthésie, c'est le sentiment, difficile à définir, qui accompagne l'exercice de toutes nos sensations, internes ou externes et qui, alors que celles-ci nous apportent des matériaux de connaissance, devient lui-même une partie importante du sentiment de notre existence.

Tantôt cénesthésie est pris comme synonyme de sensations internes, sensations viscérales ; c'est une acception que l'on trouve souvent aujourd'hui dans les livres classiques.

La première de ces deux façons d'envisager la cénesthésie, la plus ancienne et conforme à l'étymologie, nous paraît la plus exacte. Il semble d'ailleurs que ce ne soit que peu à peu, par une confusion entre deux ordres de phénomènes étroitement unis, mais différents de nature, qu'on ait fait du mot cénesthésie le synonyme de sensations internes, sensations viscérales. Cette confusion semble s'être produite parce que, d'une part, les sensibilités internes mieux que les sensibilités externes qui sont surtout des sensibilités de relation avec l'extérieur, nous renseignent sur l'état de notre corps et contribuent ainsi davantage à nous donner le sentiment de l'existence — et parce que d'autre part, les sensibilités internes, plus obtuses que les sensibilités externes, laissent au premier plan le sentiment cénesthésique qui les accompagne.

A l'état normal, la cénesthésie paraît se confondre avec nos sensations ; elle n'est pas apparente parce qu'elle fait partie du sentiment complexe de nous-même. Mais elle se manifeste quand elle est brusquement troublée, ou plutôt ce qui se manifeste alors c'est cette *variation de l'état cénesthésique*. Le sentiment de notre existence devient alors plus agréable ou plus pénible. Plus pénible, ce peut être le cri d'alarme qui nous avertit d'une atteinte portée à notre organisme et qui se produit par un sentiment allant de la simple gêne à la douleur la plus vive ; ce peut être aussi la manifestation d'un dérèglement du mécanisme obscur de la cénesthésie. Ce mécanisme, trop fragile dès l'origine chez certains, troublé chez d'autres par des causes pathologiques, grince ou fonctionne à tort et à travers. Il en résulte des troubles qui peuvent être : soit généralisés et il s'agit d'un sentiment diffus, indéfinissable, de malaise ; soit localisés et affecter avec prédominance divers ordres de sensation. Pour nous, la douleur consiste essentiellement en une modification de la cénesthésie.

II. — Pathogénie et clinique

On peut ranger les douleurs psychopatiques en quatre groupes : 1° hallucinatoires ; 2° pithiatiques ; 3° paranoïaques ; 4° cénesthopatiques.

1° *Douleurs hallucinatoires.* — Comme la dénomination l'indique, elles sont *déterminées* par des hallucinations. Elles s'observent dans les différents états toxiques, démentiels. Ce sont ces malades qui se plaignent d'être piqués, électrisés, brûlés, torturés de mille manières, extérieurement et intérieurement, par des ennemis imaginaires.

Le diagnostic est le plus souvent facile, sauf lorsque le malade se plaint de troubles internes. Quoique le caractère psychopathique du trouble soit, en général, suffisamment évident, un examen somatique soigneux et complet s'impose.

2° *Douleurs pithiatiques.* — Ces malades sont connus classiquement sous le nom d'hystériques. Les associations hystéro-organiques ne sont pas rares en clinique et elles existent aussi, mais d'une façon atténuée, dans la vie courante. C'est le cas de bien des douleurs des enfants. C'est le cas si banal des personnes qui, par une attention exagérée portée sur une petite cause réelle de douleur, passagère ou chronique, la ressentent d'une façon excessive. L'attention est un des éléments essentiels de la suggestion et chacun est plus ou moins autosuggestible.

Le diagnostic de la nature pithiatique d'une douleur se base en grande partie sur des considérations spéciales à chaque cas. La douleur pithiatique présente cependant certains caractères généraux importants.

C'est, en premier lieu, l'exagération et la discordance des réactions par rapport à ce qu'elles devraient être si la douleur avait uniquement la cause invoquée par le malade. L'exagération et la discordance se manifestent dans la façon dont les malades extériorisent leur douleur : c'est une sorte de mise en scène qui atteint son plus haut développement chez les grands hystériques classiques.

Telle malade se plaignant d'une céphalée atroce ne présente nullement l'accablement d'un organique qui aurait cette même céphalée et qui, concentré en lui-même, ne rechercherait que le silence et le calme : elle est toute à la description de sa douleur et offre souvent, à ce moment, une physionomie animée ; elle discute avec le médecin ; elle semble même, pendant de courts instants, distraite par ce qui l'entoure, oublier de souffrir ; ou bien elle se contorsionne, il faut la soutenir pour qu'elle ne tombe pas, elle pousse de véritables hurlements. Elle donne l'impression de jouer la comédie et le diagnostic de la nature pithiatique d'une telle douleur se fait alors d'emblée. Telle autre malade ne pourra marcher qu'avec des béquilles : mais l'emploi de béquilles sera alors illogique et contradictoire.

Avec ces deux caractères objectifs d'exagération manifeste et de discordance, avec, souvent aussi, une certaine variabilité de phénomènes, il faut aussi tenir compte : du mode d'apparition et de l'évolution du trouble ; de l'accessibilité apparente du sujet aux suggestions, en remarquant que la suggestion médicale n'agira que si elle peut être plus forte que les causes ayant provoqué l'auto-suggestion de la douleur, ce qui n'est pas toujours le cas ; de l'importance réelle des lésions organiques qui peuvent exister et qu'il ne faudra jamais omettre de rechercher avec le plus grand soin, en évitant autant que possible, d'attirer de ce côté l'attention du malade.

Ce n'est, en somme, que par un double examen somatique et psychique complet que l'on pourra attribuer aux divers facteurs, qui conditionnent, à des titres divers, ces douleurs psychopathiques, l'importance pathogénique qui leur revient.

3° *Douleurs paranoïaques.* — Ce sont des douleurs déterminées essentiellement par des interprétations délirantes. Ce qui est à la base des phénomènes douloureux dont se plaignent les paranoïaques et sur lesquels ils s'appuient pour prouver la réalité de leurs conceptions délirantes, ce ne sont pas, dans la plupart des cas, de véritables douleurs, au sens physiologique du mot. Ce sont des sensations qui, normalement non douloureuses, deviennent chez eux douleur par un trouble psychique. C'est l'interprétation des sensations internes, l'introspection somatique, qui fait considérer au malade comme pathologiques des sensations banales habituelles. Dès le moment où ces sensations deviennent pour lui pathologiques, anormales, elles prennent la valeur de véritables douleurs ; elles torturent le malade, qui s'en plaint comme de vraies douleurs ; elles sont devenues des *douleurs*, au sens psychopathique que nous donnons à ce mot. La fatigue, une digestion pénible, les engourdissements, fourmillements, picotements qu'on ressent quelquefois, deviennent de vives douleurs ; de simples frissons sont des manifestations de courants électriques et, par cela même, une souffrance.

Ici, l'attention joue le même rôle que nous lui avons vu jouer en étudiant les douleurs pithiatiques. Il se produit, là encore, un phénomène d'auto-suggestion. Mais les malades que nous étudions en ce moment sont bien différents des pithiatiques. L'auto-suggestion est déterminée

par un tout autre état mental. Le trouble a des racines bien plus profondes et la persuasion ne saurait l'extirper. En matière de plaisir et de douleur, c'est l'état mental qui est tout : croire souffrir, c'est souffrir.

Mais, de même qu'il existe dans la vie courante, chez des individus seulement un peu trop impressionnables, des douleurs de même nature que celles qui, par leur intensité pathologique, méritent le nom de pithiatiques ou d'hystériques, de même aussi se rencontrent fréquemment des douleurs, relevant de petites idées fausses, idées hypochondriaques en général, petits troubles qui, de même que les premiers ne méritent pas le nom d'hystérie, ne méritent pas non plus le nom de délire. Comme il y a de petits cyclothymiques, de petits obsédés, etc., il y a de petits pithiatiques et de petits paranoïaques.

Ces petits paranoïaques sont, par exemple, ces personnes qui, se croyant atteintes d'une tumeur, courent de chirurgien en chirurgien jusqu'à ce qu'elles en trouvent un qui consente à les opérer : qui sont perpétuellement inquiètes de leur santé parce qu'elles sont convaincues que certains de leurs organes sont profondément lésés ; qui vont de spécialiste en spécialiste et peuplent les villes d'eaux, et dont toute la maladie réside, en réalité, dans la conviction fausse, mais inébranlable, de maladies imaginaires. Ces malades ressentent les mêmes douleurs psychopathiques que les grands paranoïaques. Comme chez les grands paranoïaques, la douleur est déterminée chez eux par une auto-suggestion, due à l'attention exagérée qu'ils apportent au jeu de leurs divers organes. Et chez eux, comme chez les grands paranoïaques, toute tentative de persuasion est inutile, quand elle n'est pas nuisible.

Le diagnostic des douleurs psychopathiques paranoïaques peut se présenter de deux façons bien différentes. Il est à faire avec les douleurs d'origine hallucinatoire, surtout lorsque les malades se plaignent de sensations étranges : sensation de plomb fondu, de jets de fluides brûlants ou glacés, de décharges électriques, etc. Il est à faire avec les douleurs organiques normales quand les phénomènes douloureux se présentent avec des caractères de vraisemblance suffisante. Comme dans le cas des douleurs pithiatiques, il faudra alors pratiquer un examen somatique minutieux, et savoir interpréter la constatation ou l'absence d'une cause organique. En effet, si l'on ne constate aucune lésion, ce n'est pas absolument une raison pour nier l'existence d'un point de départ organique, car, dans des cas analogues, des constatations faites ultérieurement, au cours d'une intervention ou à l'autopsie, ont permis de rectifier une erreur de diagnostic. Mais si l'on constate une lésion, soit au cours de l'examen, soit ultérieurement, comme dans les cas que nous venons d'indiquer, ce n'est pas non plus forcément une preuve que l'on s'était égaré sur le caractère psychopathique de la douleur.

4° *Douleurs cénesthopathiques.* — Pour les décrire nous ne saurions mieux faire que de citer la description si précise que donnent Dupré et Camus des cénesthopates et de leurs douleurs.

« Il se présente fréquemment, aux consultations de neurologie et de psychiatrie, des malades qui se plaignent d'éprouver, dans différentes parties du corps, des sensations anormales, généralement douloureuses, mais toujours pénibles et étranges, dont la durée persistante les affecte et dont la nature insolite les trouble et les inquiète. Ces malades souffrent avant tout de troubles de la sensibilité interne et offrent, secondairement à ces troubles, des réactions de nature variable, déterminées par les tendances individuelles. Ces réactions, par leur intensité, peuvent masquer le syndrome primaire et donner au malade l'apparence d'un anxieux, d'un obsédé, d'un hypocondriaque, même d'un délirant. Elles ne sont pourtant que secondaires aux troubles de la sensibilité.

« Légères ou accusées, ces sensations présentent les nuances les plus diverses. Tantôt les malades se plaignent de ne plus sentir comme auparavant, de ne plus sentir leur tête, leurs organes ou leurs membres. Ils ont comme une diminution ou une abolition de leurs sensations cénesthésiques. Tantôt ils sentent les différentes parties de leur corps modifiés dans leur densité, leur volume, leur forme ou leurs rapports. Suivant les cas, celles-ci sont allongées ou raccourcies, alourdies ou allégées, déformées ou déplacées : la température en est modifiée, les fonctions en sont arrêtées ou perverties.

« Toujours ces sensations sont étranges et indéfinissables, pénibles plutôt que douloureuses, la fixité de leur localisation topographique est remarquable : chez tous nos malades elles ont, au cours de l'observation, pu varier d'intensité ; mais elles ont toujours prédominé, même à plusieurs années d'intervalle, dans le domaine primitivement affecté. La persistance et la fixité des sensations pathologiques nous semblent constituer un des attributs les plus importants des cénesthopathies. »

On ne peut comprendre ces douleurs si étranges qu'en admettant un trouble essentiel de la cénesthésie. Le fonctionnement de l'appareil de la cénesthésie peut être troublé d'une façon originelle par une prédisposition défectueuse, une susceptibilité particulière. C'est le cas de ces personnes aux nerfs « à fleur de peau », chez lesquelles toute sensation un peu vive est pénible, qui souffrent de tout et de rien, qui font la forme dite nerveuse, à réactions douloureuses intenses, des affections viscérales. C'est le cas également d'un certain nombre de cénesthopathes, qui apparaissent bien par leurs antécédents, ou par la façon dont les troubles ont pris naissance, comme des déséquilibrés de la cénesthésie.

Mais il semble aussi que le trouble puisse parfois être acquis et on peut supposer dans un certain nombre de cas, en raison des conditions dans lesquelles le trouble s'est produit, en raison de l'âge du malade, en raison d'autres troubles organiques associés, que la maladie a été déterminée par des lésions artério-scléreuses.

Il existe une certaine analogie entre les troubles cénesthopathiques d'un grand nombre de malades et les troubles artério-scléreux. La maladie survient à la même époque de la vie. On retrouve les mêmes conditions pathogéniques : une prédisposition sur un appareil donné et des causes déterminantes qui sont des émotions, des chagrins répétés, du surmenage physique ou moral ; la même incurabilité ; les mêmes troubles organiques concomitants de nature artério-scléreuse : cataracte, oto-sclérose, etc. Et lorsque les lésions atteignent, comme ici, un appareil dont les fonctions sont mal connues, c'est la même étrangeté apparente des phénomènes.

Dans les cas purs, les douleurs cénesthopathiques ne s'accompagnent d'aucun trouble mental. On observe, par contre, dans un certain nombre de cas, des réactions qui peuvent sembler psychopathiques par leur gravité (suicide) et qui cependant sont en partie légitimes ou excusables si l'on réfléchit à ce que doit être l'existence de ces malheureux. On observe, d'autres fois, des ébauches d'interprétations, de petites idées délirantes, mais on peut voir aussi de véritables délires s'organiser. Mais il est remarquable de constater que, même des troubles si inquiétants, si insolites, ne font pas délirer un cerveau bien équilibré.

Le diagnostic doit être fait avec certaines affections nerveuses au début : névrite, tabes, etc.

III. — Traitement

1° *Il existe une lésion importante*, qui comporte par elle-même son indication opératoire, indépendamment du trouble psychique. On doit évidemment opérer et on peut ainsi espérer, suivant l'importance relative des deux facteurs, psychique et organique, la disparition, la rémission ou l'atténuation de la douleur.

2° *Il n'existe aucune lésion organique* paraissant susceptible d'intervenir dans la production de la douleur psychopathique. Il faut alors s'abstenir. Toute opération, réelle ou simulée, ne servirait de rien. La contre-indication, qui pourrait à la rigueur être discutée dans certains cas de douleurs pithiatiques, est formelle lorsqu'il s'agit de douleurs d'origine paranoïaque. L'opération réelle ou simulée serait un nouvel aliment au délire, servirait de point de départ à de nouvelles interprétations.

Mais, entre ces deux cas extrêmes, il existe de très nombreux cas intermédiaires, pour lesquels la conduite à tenir est beaucoup plus discutable.

Ce sont ceux dans lesquels la douleur psychopathique paraît liée à une lésion qui, par elle-même, ne commande pas absolument une intervention et dans lesquels cependant une intervention serait justifiée si elle pouvait faire disparaître les troubles douloureux. Ces cas embarrassants s'observent, par exemple, à l'occasion de déplacements d'organes, rein mobile, prolapsus utérin, etc. C'est alors qu'il faut essayer de faire la part de ce qui revient au psychisme et à la lésion. C'est un point souvent très difficile et incertain.

Il existe cependant quelques données générales, qui résultent autant de la pratique que de considérations théoriques et qui devront guider le médecin.

Si la douleur est paranoïaque et liée à un délire systématisé, l'acte opératoire n'améliorera en rien le délire. Tout au plus pourra-t-il modifier les sensations pénibles qui se porteront ailleurs, ou seront remplacées par d'autres interprétations aussi pénibles. Ce n'est pas en faisant disparaître, chez de tels malades, quelque cause possible de sensation pénible organique, qu'on peut espérer agir en quoi que ce soit sur le délire. La constitution, qui se manifeste par de tels délires, est beaucoup plus importante que telle ou telle cause occasionnelle.

Si la douleur, quoique cependant toujours d'origine paranoïaque, n'est pas liée à un délire systématisé, mais seulement à de petites interprétations, on peut obtenir une rémission ou même une guérison de cette douleur en débarrassant de sa lésion le malade, qui reste, cependant, de par son trouble constitutionnel — plus ou moins accentué — toujours prêt à reporter ailleurs ses préoccupations hypocondriaques. Ces malades resteront toujours des hypocondriaques malgré les cures suivies chez les différents spécialistes, malgré tous les soins médicaux ou chirurgicaux qu'ils recherchent. Ici l'indication dépend donc seulement de l'importance relative de la lésion et de l'acte opératoire.

Si la douleur, d'origine pithiatique, est la manifestation d'une association hystéro-organique, en joignant à un traitement médical ou chirurgical approprié des moyens psychothérapiques, on aura les plus grandes chances d'améliorer ou même de guérir le malade.

En somme, en ce qui concerne le côté médical et surtout le côté chirurgical de la thérapeutique des douleurs psychopathiques, il faut être très prudent, car une intervention inopportune risquerait d'aggraver le trouble au lieu de le guérir.

Par la psychothérapie, on ne peut évidemment espérer agir que sur les douleurs d'ori-

gine auto-suggestive et à condition de pouvoir produire une suggestion thérapeutique plus forte que la suggestion pathologique.

Dans les douleurs paranoïaques, la psychothérapie est vouée à un échec certain, lorsqu'elle n'est pas nuisible: chez le paranoïaque, le trouble a ses racines à la fois dans son intelligence et dans son cœur : sa conviction est absolue et complète ; c'est plus qu'une conviction, c'est une foi ; et la foi est une force qu'un argument ne vaincra pas.

Au contraire, chez le pithiatique, la suggestion de la douleur ne s'est établie qu'à la faveur d'un fléchissement de la volonté à l'occasion d'nne émotion, d'un désir inavoué de cupidité, d'un hesoin anormal de se mettre en évidence, etc. ; aussi une psychothérapie bien conduite et prudente aura souvent le meilleur effet. Nous disons prudente, car il faudra bien se garder, en voulant guérir la douleur, d'attirer trop sur elle l'attention du malade. Souvent la meilleure psychothérapie sera la plus discrète.

REVUE DE DERMATOLOGIE

De la néphrite aiguë au cours de l'eczéma, par le Dr Jules Félix, professeur à l'Université nouvelle et internationale de Bruxelles.

Le Dr Brühn a publié une note sur sept observations de « cas d'eczéma compliqués d'albuminurie et de néphrite survenus soit en dehors de tout traitement, soit au cours d'un traitement et dans des conditions où tout ralentissement de la médication sur les reins était impossible à admettre. Il existait donc un rapport manifeste, d'après le Dr Brühn, entre la néphrite et l'eczéma ; mais il ajoute qu'il n'existe point d'hypothèse pour expliquer les relations intimes qui existent entre la dermatose et les manifestations rénales, d'autant plus que l'origine infectieuse, bactérienne, à travers la porte d'entrée ouverte à l'infection par la dermatose ne paraît pas soutenable, et que, d'après les expériences de Sénator, ce ne peut être la suppression de la perspiration cutanée qui ait provoqué la néphrite. Tout ce qu'on pourrait admettre, d'après le Dr Brühn, c'est que les individus qui ont de l'albuminurie au cours de l'eczéma présentent *une disposition particulière à la néphrite*, puisque celle-ci s'observe dans les eczémas peu étendus et fait souvent défaut dans les eczémas généralisés ».

Je crois pouvoir rationnellement et simplement expliquer la cause de la néphrite et de l'albuminurie dans les eczémas, par l'uricémie et la diathèse urique, qui se rencontre à tous les âges et même chez de très petits enfants.

Mon savant confrère feu le docteur Stocquart, chef du service des autopsies à l'hôpital Saint-Jean, a rencontré des quantités de *sable urique* dans les reins et les bassinets chez les enfants morts avant l'âge d'un an. Il m'a cité deux cas où il a trouvé dans les bassinets une assez notable quantité de *sable urique* à l'autopsie de fœtus de six à huit mois.

Depuis une vingtaine d'années, l'alimentation carnée, l'usage de la viande saignante et crue, sont poussés à l'excès, même chez les petits enfants rachitiques, lymphatiques et anémiques, aussi bien que chez les grandes personnes qui ont la vie sédentaire. Depuis la grande consommation des vins de liqueurs (porto, madère, etc., trop alcoolisés) dans les classes aisées de la société, les dermatoses et les affections *névralgiques* et arthritiques, qui ne sont que des manifestations de la diathèse urique (la *diathèse acide*, comme disaient nos anciens maîtres), depuis tous ces écarts de régime, malheureusement trop préconisés par les apôtres de la nouvelle médecine (comme s'il y avait *une autre médecine* que la *médecine tout court*, la médecine hippocratique), depuis lors, la néphrite albumineuse augmente considérablement, même chez les femmes et les enfants, ainsi que l'eczéma.

Si l'on observe bien la réaction acide *des pleurs de ces eczémas* ; si l'on analyse fréquemment les urines de ces malades ; si l'on examine les vases dans lesquels les malades urinent, on est frappé de la quantité d'acide urique qui s'y dépose et du cercle rouge que le niveau des urines laisse indélébile sur les parois du récipient. Il y a donc dans l'eczéma la manifestation de la diathèse urique, par excès de nourriture azotée, ou par défaut de combustion organique ou par atrepsie. Ces trois facteurs différents produisent des résultats identiques : l'eczéma et la néphrite. Quant l'eczéma occupe une grande étendue sur la surface cutanée, il y a élimination par secrétion pathologique en dissolution dans la sérosité exsudative de l'acide urique en excès. Si la fièvre se déclare, à cause de l'étendue et de l'intensité de l'eczéma, il y a *combustion intra-cellulaire augmentée*, donc formation d'*urée* et diminution de la quantité d'*acide urique* ; voilà ce qui explique l'absence de néphrite dans l'eczéma généralisé.

Dans l'eczéma partiel on restreint, c'est le contraire qui se produit. Les reins sont surmenés dans leur travail éliminatoire ; mais leur fonction est bientôt entravée par la néphrite ; cette néphrite est de canse *traumatique* ou *irritative* ; le plus souvent ces deux causes sont concomitantes. Il suffit pour s'en rendre compte d'examiner les diverses formes des cristaux de sable rouge contenu dans les urines ; ces *formes* microscopiques en *lance*, en *sabre*, en *aiguilles*, etc., expliquent facilement le traumatisme, l'irritation et l'inflammation qu'ils produisent par la filtration à travers le parenchyme et les glandes rénales qu'ils déchirent. Ce phénomène suffit à expliquer tous les accidents néphritiques des eczémateux par diathèse urique ; ce que les anciens, ces maîtres en clinique et en observation, dénommaient tout simplement la *diathèse acide*.

Ce qui donne encore une valeur nouvelle à mon hypothèse, c'est que dans ces cas le meilleur traitement consiste dans la médication *alcaline et lithinée*, dans le *régime végétal* et les eaux minérales, les *boissons aqueuses* en très grande quantité et particulièrement les *infusions aromatiques*, qui, quoiqu'on en ait dit, sont aseptiques, antiseptiques et décongestionnantes. Une autre considération clinique qui ne manque pas d'importance est celle-ci : dans la *diathèse urique* à forme *arthritique* ou *séreuse* la néphrite albumineuse est excessivement rare; elle n'existe même, peut-on affirmer, que dans la *période ultime grave*. Dans la diathèse urique à *forme eczémateuse*, la néphrite albumineuse aiguë est de plus en plus fréquente.

La néphrite albumineuse aiguë devient assez fréquente chez les uricémiques. J'en ai observé plusieurs cas, depuis trois ans surtout, chez des nerveux atteints de névralgies, d'hémorrhoïdes et d'uricémie. La phosphaturie complique souvent la diathèse urique et la néphrite doit être attribuée dans ces cas *aux lésions traumatiques du rein* déterminées par la décharge d'acide urique, compliquée même quelquefois d'hématurie plus ou moins abondante.

Tels sont les résultats de mes observations cliniques depuis plusieurs années.

REVUE D'HYGIÈNE

L'anémie du personnel attaché à la télégraphie sans fil à bord des bâtiments de guerre, par M. le Docteur d'Auber de Peyrelongue.

Voici les conclusions de l'auteur résumant son travail :

1° Le personnel de la télégraphie sans fil est atteint, sur les bâtiments de guerre, d'une anémie légère ;

2° Cette anémie est le résultat d'un ensemble de causes d'importance inégale, mais dont les effets s'ajoutent.

Si les circonstances d'ordre professionnel interviennent, l'ozone qui se forme dans l'atmosphère des postes ne doit et ne peut, en tout cas, être incriminé. Nous restons moins affirmatif en ce qui concerne les produits azotés.

Il est très probable, néanmoins, qu'il s'agit surtout d'nne anémie hanale, due au confinement ainsi qu'aux multiples conditions d'existence défectueuses auxquelles est astreint le personnel.

3° De tous les moyens prophylactiques propres à remédier à cet état de choses, nul ne nous paraît devoir être plus efficace que l'installation au grand air d'un poste de temps de paix.

CARNET DU PRATICIEN

Kératite à hypopyon

Assurer l'occlusion de l'œil à l'aide d'un pansement sec, introduire fréquemment dans le sac conjonctival des topiques antiseptiques et pratiquer les instillations d'atropine ponr prévenir la propagation de l'infection anx membranes profondes, à condition toutefois que l'ulcère ne soit pas profond lui-même.

Trois fois par jour introduire de la pommade iodoformée à 2 0/0.

Chaque jour instiller une on deux gouttes du collyre suivant :

Collargol........................	0 gr. 40
Eau distillée bouillie........	10 grammes

Enfin, applications chaudes répétées trois à quatre fois par jour pendant dix minutes. Utiliser pour ces applications la solution de cyanure d'hydrargyre 20 centigrammes pour 1000. Félix Terrien.

Paralysie agitante

Injections hypodermiques avec :

Hyosciamine..................	0 gr. 01
Eau distillée bouillie........	10 grammes

Injecter au début un quart de centimètre cube (soit 1/4 de milligr.) d'hyosciamine. Meige.

Contre les engelures

Les badigeonner avec la solution de formol du commerce étendue de son volume d'eau.

Épithélioma du prépuce

Saupoudrer la plaie avec du chlorate de potasse pulvérisé. Appliquer des compresses imbibées de:

Chlorate de potasse.........	25 grammes
Résorcine....................	2 gr. 50
Eau............................	250 grammes

On panser avec :

Résorcine	1 gramme
Chlorate de potasse...........	2 —
Vaseline........................	20 —

Brocq.

Bain ioduré

Iodure de potassium........	50 grammes
Eau distillée	450 —

Verser dans le bain.

Poudre contre catarrhe nasal

Iodoforme pulvérisé.........	4 grammes
Camphre pulvérisé...........	4 —
Gomme pulvérisée...........	8 —

En aspirer une pincée 3 à 4 fois par jour.

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 17.500 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 35, rue J.-J. Rousseau

Le Gérant : Docteur Lucien Graux.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Le IIIe Congrès de l'assainissement et de la salubrité de l'habitation (Rousset).

Ce gros in-8 contient les importants rapports et le compte rendu du Congrès. Il rendra de très grands services et on doit remercier M. Marié-Davy, l'actif et dévoué secrétaire général du Congrès, d'avoir assumé la tâche de réunir tous ces travaux.

Orthopédie indispensable, par le Dr Calot (5e éd.). 1911.

Le Dr Calot dont l'habileté chirurgicale est célèbre dans le monde entier, voit se succéder les éditions avec rapidité. Celle-ci se présente encore plus complète, plus documentée et plus riche. Elle aura un succès légitime.

Les cavités péri-nasales chez l'enfant, reproduction photographique, grandeur naturel, de 102 préparations, par le professeur-docteur A. Onodi, directeur de la clinique rhino-laryngologique de l'Université de Budapest. Préface du professeur-docteur W. Waldeyer, directeur de l'Institut anatomique de Berlin. Traduction française par le Dr Lantmann, des Facultés de Vienne et de Paris (Doin).

Cet ouvrage grand in-8 contient 102 planches hors texte et rendra de réels services aux praticiens.

Du rôle de l'Administration en matière de prophylaxie des maladies épidémiques, par Jean Humbert, docteur en droit (Jouve).

L'auteur constate, dans cette excellente thèse, qui fut très remarquée, que nos services d'hygiène sont mal conçus ou mal organisés. Les résultats obtenus sont insuffisants. L'unité d'action n'existe pas. Il faudrait coordonner les efforts. Il est indispensable de réunir et centraliser les divers rouages administratifs et de créer, soit un sous-secrétariat, soit un ministère d'Hygiène. Il faut enfin poursuivre l'éducation de la population.

Les Poussées évolutives de la tuberculose pulmonaire chronique, par le Dr de Brunel de Serbonnes.

Thèse très étudiée et très documentée.

D'après l'auteur, la poussée tuberculeuse correspond à une tentative d'immunisation générale, à une lutte de l'organisme qui cherche à se débarrasser de l'infection tuberculeuse. Mais la greffe locale persiste, et contre cette greffe, l'organisme ne peut lutter que par l'enkystement et la sclérose.

La Jurisprudence générale et la législation de la médecine-pharmacie, par Pilly aîné, 9, rue Bertin-Poirée

Le présent ouvrage s'adresse avant tout à ceux qui exercent une des professions concernant l'art de guérir, et en même temps aux jurisconsultes.

Nous ne doutons pas que chacun de ces professionnels tiendra à posséder ce volume dans sa bibliothèque, en raison du haut intérêt qu'il comporte.

Cet ouvrage est conçu avec beaucoup de clarté, et les recherches y sont faciles pour tous.

La première partie se compose de la jurisprudence, c'est-à-dire les jugements ou arrêts se rapportant tous sans exception à des questions médicales ou pharmaceutiques.

Les auteurs ont centralisé dans cette partie, toutes les décisions judiciaires sans exception intéressant chacune de ces professions et publiées depuis quinze ans (1895-1910 inclus), dans toutes les revues judiciaires de Paris et des départements.

C'est dans près de 100 publications judiciaires, dont le lecteur trouvera la nomenclature en tête de l'ouvrage, que les recherches ont été faites avec le soin le plus minutieux et de la façon la plus complète.

Ces décisions, au nombre de plus de 1.500, sont classées par ordre de professions, de matières et de cas.

Une table générale simple et très claire rend la recherche facile à chacun des lecteurs

Tous les textes in extenso de chacune des décisions, qui ne sont bien entendu qu'analysées, avec la référence des revues judiciaires qui les ont publiées, sont à la disposition des lecteurs pour le prix simple de la copie.

Chaque fois qu'un de ces praticiens sera préoccupé par: une question de responsabilité, une contestation d'honoraires, un droit ou un devoir professionnel, une question de concurrence commerciale ou d'exercice, et cela arrive à chacun d'eux très fréquemment, il pourra immédiatement se rendre compte si le cas qui le préoccupe s'est déjà présenté devant les Tribunaux et dans quel sens il a été solutionné par la justice.

Le nombre et la diversité des cas dont l'ouvrage contient la solution juridique est si considérable, qu'il est plus que certain que le praticien y trouvera des précédents similaires à celui qui peut le préoccuper sur le moment et la solution juridique qu'il y trouvera éclairera non seulement sa religion, mais guidera la conduite qu'il aura à tenir dans la circonstance.

L'utilité de pareils services n'est pas à démontrer.

La deuxième partie de l'ouvrage se compose de la législation médicale et pharmaceutique.

On y trouvera, tout d'abord, chacun des articles des différents codes qui se rapportent aux professions intéressées.

Ensuite, depuis 1748 jusqu'à 1910 inclus, les lois, les décrets, les arrêtés et circulaires ministériels, les ordonnances de police, les simples avis même, ont tous sans aucune exception été réunis dans cette partie de l'ouvrage par ordre chronologique.

Tous les documents législatifs de quelque nature qu'ils soient, qui régissent les professions de l'art de guérir, se trouvent ainsi à la portée du lecteur qui pourra les consulter intégralement chaque fois que cela lui sera nécessaire ou utile.

Nul n'est censé ignorer la loi, dit-on, mais chacun sait fort bien que cela est impossible, et le comprend d'autant plus facilement que, rien qu'en matière médicale et pharmaceutique, 265 textes législatifs divers régissent ces seules professions.

L'important pour ces professionnels est, non pas de les connaître tous, mais de savoir qu'ils les ont sous la main, pour le cas échéant où ils auront à les consulter.

Jamais monument plus complet et plus utile n'a été mis à la disposition des médecins et pharmaciens, et ils se rendront compte par ce qui précède que la possession de cet ouvrage est, pour ainsi dire indispensable et obligatoire pour eux, au même titre que les plus importants ouvrages de science médicale.

Dans son intérêt même, aucun ne devrait s'en passer.

ÉCHOS

Distinctions honorifiques

Légion d'honneur. — *Officiers.* — MM. les docteurs Haneur, médecin principal de 1re classe; Carrière, médecin-major de 1re classe.

Chevaliers. — MM. Brau, Damiens, Delassus, Dutigny, Gaide, Hotchkiss, Jourdran, Lairac, Mesuy, Pelletier, Sarrat, Talbot, Vassal, médecins-majors de 1re classe; Bénard, Erdinger, Rousseau, médecins-majors de 2e classe.

Officiers de l'instruction publique. — MM. les docteurs Lebret, à Paris; Bontron, à Nantes; Cazalas, à Bagnères-de-Bigorre (Hautes-Pyrénées); Corez, à Saint-Amand-les-Eaux (Nord); Cottigny, à Hanbourdin (Nord); Foucher, à Argentan; Pelvet-Norbert; Vaussy, à Vire; Pout, à Lyon; Prax, à Limoux; Simeray, à Melun; Souquière, à Brinon (Cher); Springer, à Alençon; Vidal, à Hyères.

Officiers d'académie. — MM. les Drs Darin, Fège, Honzel, Lesage, Robineau, Sée, à Paris; Badin, à Dinard (Ille-et-Vilaine); Barran de Muratel, à Sorèze (Tarn); Boismoreau, à Saint-Mesmin (Vendée); Breton, à Saint-Amand-les-Eaux (Nord); Cabanié, à Pamiers; Cesbron, à Marines (Seine-et Oise); Chabert, à Divonne-les-Bains (Ain); Clomesnil, au Raincy (Seine-et-Oise); Danet, à Maure (Ille et-Vilaine); Dancourt, à Cambrai; Dubosq, à Francescas (Lot-et Garonne); Dubourg, à Roquemaure (Gard); Dulion, à Tolosanne (Haute-Garonne); Dupout, à Mantes (Seine-et-Oise).

Durand, à Neuilly-sur-Seine (Seine); Escarras, à Castillane (Basses-Alpes); Galaiue, à Liffré (Ile-et-Vilaine); Gillerton-Dubreuil, à Jouy-en-Jozas (Seine-et-Oise); Jacquemarcq à Loos-les-Lille (Nord); Kœuing, à Sanchéville (Eure-et-Loir); Le Roux, à Caen; Levillain, à Nogent-le-Rotrou (Eure-et-Loir); Nau, à Champigny (Seine); Nicod, à Toulon; Pascal, à Levallois-Perret (Seine); Pédeprade, à Bagnères-de-Bigorre; Philips, à Bordeaux; Plisson, à Alençon; Poirault, à Monilleron-en-Pareds (Vendée); Rochon, à Saint-Ouen (Seine); Termet, au Havre; Thuilliez, à Béthune; Tricard, à Lille; Truchon, à Amberieu (Ain).

Les médecins allemands.

Suivant les renseignements fournis par le dernier recensement, le nombre des médecins, au mois de mai 1909, était de 30.558, en augmentation d'un quart sur le chiffre de 1898.

Le nombre des médecins d'hôpitaux a subi une augmentation de 60 p. 100 supérieure à celui des médecins à clientèle privée. Les spécialistes voient leur chiffre grossir de 75 p. 100 dans les grands centres.

Ecoles annexes de médecine navale.

MM. les pharmaciens de 1re classe dont les noms suivent sont nommés à l'emploi de professeur aux écoles annexes de médecine navale de Rochefort et de Toulon.

Ecole de Rochefort, Chaire de chimie biologique, M. Lassalle; Chaire de physique biologique, M. Perdrigeat.

Ecole de Toulon, chaire de physique biologique, M. Chaix.

VARIÉTÉS

LA PIGRITE

Tous les médecins sont d'accord à réclamer le maintien des études classiques.

La fantaisiste et véridique histoire que nous empruntons à la page médicale du *Journal* montre de fort aimable façon que le latin est loin d'être une inutile connaissance pour les médecins.

« Ce vocable, à désinence médicale, serait cherché vainement dans la table des matières des plus gros traités de pathologie.

« Rappelons, pour ceux qui ont « perdu leur latin », qu'il a été forgé de toutes pièces dans les salles de garde, voire même les lycées, à l'aide du mot *piger*, qui veut dire paresseux. Soyons de notre temps et disons « la flemme ».

« Pourtant, il a bien failli un jour être catalogué tout vif au répertoire d'un grave conseil supérieur de santé, où il paraît que l'on ignorait le latin. Dédions cette petite histoire à M. Steeg, qui paraît insuffisamment convaincu de la nécessité du latin pour la préparation aux études médicales. La voici, telle qu'elle me fut contée par l'aimable capitaine d'un élégant paquebot des Messageries Maritimes, sur la route de Port-Saïd, retour d'Egypte, moi aussi (on imite Bonaparte comme on peut), mais, sachez-le. bien avant d'être arrivé à Marseille.

« Il y a dix ans seulement, la *Gironde* était immobilisée, en quarantaine, dans la rade de Maurice. Elle arrivait d'escales suspectes: le débarquement était interdit et les passagers étaient l'objet d'une visite quotidienne des autorités médicales anglaises.

« Dans la barque qui accostait ainsi chaque jour le bateau, des amis, des habitants de Maurice, des journalistes venaient faire la conversation à distance avec les emmurés.

« Le dialogue suivant s'engagea entre un reporter local et le jeune médecin du bord, que l'ennui de la quarantaine incitait à la recherche de distractions, dans la pratique de quelque innocente fumisterie.

« — Toujours rien à bord, docteur?

« — Rien. Ah! si, un cas de *pigrite* vient de se déclarer chez un de nos officiers, suite du découvrement. Le malheureux fait peine à voir. Mais on prend des précautions.

« Le soir même, un journal local annonçait qu'un cas foudroyant de pigrite venait d'éclater à bord de la *Gironde*.

« Le lendemain, l'inspecteur sanitaire arrivait, le front sévère.

« — Un cas de pigrite, paraît-il, docteur?

« L'autre, voyant que « ça mord », appuie sans pitié.

« — Parfaitement, chez le second lieutenant. Il ne quitte guère la chambre.

« — Eh!... c'est grave?

« — Assez grave; il n'a de goût pour rien, s'alimente mal; grande dépression musculaire. Il peut à peine faire son service.

« — Et... vous craignez la contagion?

« — Précisément. Je crois bien que tout l'équipage va y passer.

« Grave, très grave. Tenez-nous au courant.

« Aussitôt, grand émoi à Maurice. La pigrite est à bord de la *Gironde*! L'inquiétude naît. Va-t-elle infester la ville? On fait provision de désinfectants. Songez! une maladie nouvelle, inconnue jusqu'ici à Maurice! Mais, avec ces satanées épidémies des pays chauds dont on découvre chaque jour de nouvelles, qui sait?

« Il y eut, au matin — ceci est rigoureusement authentique, — une convocation spéciale du conseil de santé. Il s'agissait de prendre des mesures énergiques.

« Mais, d'abord, qu'était-ce que la pigrite? Est-ce que ça prend un *y*? On fouille vainement dans les traités les plus complets, dans les revues les plus récentes. Le conseil rougissait de son ignorance, et l'on allait, pour se tirer d'affaire, câbler une demande d'instructions au Sanitary Board, à Londres.

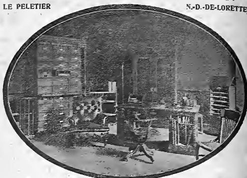
« Enfin, à force de tourner autour du mot, de chercher à l'analyser pour deviner le sens, un brave médecin, qui avait des lettres, poussa un *eurêka* humilié.

« Il était temps. La pigrite allait être classée parmi les maladies à déclaration obligatoire, comportant quarantaine et désinfection.

« Deux jours plus tard, un savant allemand allait découvrir son microbe et bientôt son serum.

« Eh! eh! peut-être nous eût-il rendu service, et son buste eût-il orné un jour quelque salle de collège ou bureau de ministère.

« Un peu de latin pour nos médecins, Monsieur Steeg, s'il vous plait! »



82e Année (Série XIIIe) — N° 122 Le Numéro 25 Centimes Mercredi 29 Novembre 1911

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
9, Rue Denis-Poisson, PARIS
TÉLÉPHONE : 573-40

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale......... 15 fr.
Edition Espagnole .... 10 fr.
Edition Portugaise.... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier



TRAITEMENT DE L'ANÉMIE ET DE TOUS ÉTATS CONSOMPTIFS
SUC INALTÉRABLE DE VIANDE DE BŒUF CRUE
ASSOCIÉ À LA CATALASE ET AUX OXYDASES DU PLASMA SANGUIN
Le Flacon entier 8 Francs
MUSCULOSINE BYLA
Le Demi Flacon 4 Fr50
LES PLUS HAUTES RÉCOMPENSES
PRÉPARÉE ET CONCENTRÉE A FROID
DOSE MOYENNE : 4 Cuillerées à bouche par jour pour adultes. 4 Cuillerées à dessert pour les enfants
ABSENCE TOTALE DE TOUS GERMES NOCIFS
LES ETABLISSEMENTS BYLA JEUNE GENTILLY — Paris

ÉCHOS

Commission consultative d'hygiène scolaire.

Le préfet de la Seine vient de créer auprès de la direction de l'enseignement primaire une Commission consultative d'hygiène scolaire.

Cette Commission : 1° Est chargée de donner son avis : a) sur le projet de règlement de l'inspection médicale des écoles, les difficultés qui pourraient naître de l'application de ce règlement et des modifications qu'il conviendra d'apporter ultérieurement audit règlement; b) sur les questions relatives à l'inspection médicale et à l'hygiène scolaire dont l'administration lui confiera l'examen et qui ne seront pas de la compétence du Conseil départemental de l'enseignement primaire, de la Commission des logements insalubres et de la Commission de surveillance et de perfectionnement du bureau d'hygiène;

2° Elle pourra, en outre, être appelée par l'administration à fournir, sur les questions ressortissant à ces trois dernières Commissions, des études qui seront soumises à celles-ci;

3° Elle désignera deux délégués qui s'adjoindront aux membres de la Commission de surveillance et de perfectionnement du bureau d'hygiène ayant voix consultative, énumérés dans l'arrêté du 1er décembre 1907 (art. 2), présidée par M. Bedorez, directeur.

La nouvelle Commission comprend dix-sept membres qui sont : MM. Réheillard et docteur Guihert, conseillers municipaux; MM. les docteurs Mosny et Méry; médecins des hôpitaux; Cayla, Butte, Dufestel, Gillet, Louis Gourichon, de Pradel, Darré et Genévrier, médecins-inspecteurs des écoles, et cinq fonctionnaires de l'administration.

Convention sanitaire internationale.

Le *Journal officiel* du 15 novembre publie une convention qui vient d'être conclue, entre la France et l'Allemagne, sur la base suivante :

1° Les maladies contagieuses suivantes, qui atteignent les hommes, sont soumises à l'obligation de l'avis réciproque :

I. Lèpre, choléra asiatique, typhus exanthématique, fièvre jaune, peste, variole;

II. Fièvre typhoïde, dysenterie, diphtérie, fièvre scarlatine, méningite cérébro-spinale, fièvre récurrente, ophtalmie granuleuse.

L'avis est donné en ce qui concerne la section I, dès l'apparition des premiers cas, soit en Alsace-Lorraine, soit dans les départements français limitrophes. Pour les maladies de la section II, lorsqu'il se produit de nombreux cas dans les régions ci-dessus indiquées.

Ces informations sont données à titre d'indications confidentielles et ne sont pas destinées à remplacer les communications prévues par la convention internationale de Paris (1903).

2° Les maladies contagieuses affectant les animaux qui seront l'objet des mêmes obligations sont : peste bovine, rage, morve et farcin, fièvre aphteuse, péripneumonie contagieuse, clavelée, dourine, gale du mouton, pneumo-entérite infectieuse.

Enseignement et Vulgarisation de l'Hygiène scolaire.

Programme des Conférences qui seront faites pendant l'année 1911-1912 sous la présidence de M. le Dr Mathieu, médecin des Hôpitaux, président de la Ligue Française pour l'Hygiène Scolaire. Les jeudis à 5 h. 1/2 très précises.

30 novembre. — L'hygiène du Maître. — Influence de l'Ecole sur la santé du Maître et réciproquement.
Dr Génévrier, *médecin-inspecteur des Ecoles.*

7 décembre. — Collaboration et rôles respectifs du Maître et du Médecin dans l'enseignement de l'hygiène à l'Ecole.
Dr Viel.

14 décembre. — Influence de l'état physique de l'Ecolier et de ses maladies sur son état intellectuel et sur son travail.
Dr Le Gendre, *médecin des Hôpitaux.*

21 décembre. — Les bases scientifiques de l'Education physique.
Dr Dufestel, *médecin-inspecteur des Ecoles.*

11 janvier 1912. — Les conceptions modernes concernant l'Architecture scolaire.
Dr Dinet, *médecin-inspecteur des Ecoles.*

18 janvier. — Le Dossier sanitaire des bâtiments scolaires. — But, organisation, fonctionnement.
Dr de Pradel, *médecin-inspecteur des Ecoles.*

25 janvier. — Entretien hygiénique des locaux et du matériel scolaires. Désinfection.
Dr Meyer, *médecin-inspecteur des Ecoles.*

1er février. — L'Hygiène dentaire à l'école et dans les internats.
Dr Bozo, *dentiste des Hôpitaux.*

8 février. — L'Hygiène oculaire à l'école.
Dr Gaudron, *médecin-inspecteur des Ecoles.*

15 février. — L'Hygiène auditive à l'école.
Dr Grivot, *médecin-inspecteur des Ecoles.*

22 février. — Prophylaxie scolaire des maladies contagieuses de la peau et du cuir chevelu.
Dr Butte, *médecin-inspecteur des Ecoles.*

29 février. — Rôle de l'école dans la lutte antituberculeuse.
Dr Boulloche, *médecin des Hôpitaux.*

7 mars. — Les œuvres complémentaires de l'école dans l'hygiène de l'adolescent. — Nécessité de leur organisation méthodique.
M. Demest, *directeur d'Ecole.*

21 mars. — La législation nouvelle concernant les Anormaux. Son application pratique.
Dr Paul Boncour.

28 mars. — Les Vacances et les Congés; leur répartition rationnelle. — Hygiène de l'enfant pendant les vacances.
Dr Guinon, *médecin des Hôpitaux.*

Cours de Psychothérapie.

MM. les docteurs Bérillon et Paul Farez ont commencé, le jeudi 16 novembre, de 10 h. 1/2 à midi, et les continuent, chaque jeudi, aux mêmes heures, à l'Ecole de Psychologie, 49, rue Saint-André-des-Arts, une série de leçons sur la Psychothérapie et sur la Psychopathologie des enfants anormaux, avec présentation de malades.

Peut-on prévoir le sexe des enfants qu'on aura?

— Oui, répond M. E.-S. Mawe, de Cambridge, à la condition qu'on en ait déjà. Reprenant une vieille légende japonaise, il a fait porter ses observations sur plusieurs centaines de cas et il en est arrivé à formuler les deux lois suivantes :

1. Si la direction des cheveux qui recouvrent la nuque de l'enfant précédent est *convergente*, l'enfant à naître sera une fille.

2. Si la direction est au contraire *divergente*, l'enfant attendu sera un *garçon*.

Livré à la méditation et à la critique de nos confrères accoucheurs.

La diminution de la population en France.

L'*Officiel* vient de publier la statistique du mouvement de la population en France pour le premier semestre de 1911. Il en résulte que le nombre des décès a dépassé de 18.279 le nombre des naissances. Ces résultats sont d'autant plus désolants que l'an dernier le premier semestre avait donné un excédent de 21.189 naissances.

Prophylaxie de la Lèpre en France

Par M. le Dr JEANSELME
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
Médecin de l'Hôpital Broca

A.— *Organisation de la prophylaxie publique antilépreuse en pays étrangers.*

A. *Premier groupe : pays de race blanche et colonies de peuplement.* — Les pays d'origine anglo-saxonne exercent depuis longtemps une surveillance sur les courants d'immigration et repoussent impitoyablement tous les lépreux qui tenteraient de s'introduire sur leur territoire. Aux Etats-Unis, le règlement quarantenaire concernant la lèpre s'exprime ainsi : « Les navires arrivant à la quarantaine avec un lépreux à bord, ne peuvent obtenir la libre pratique avant que le lépreux, avec son ou ses bagages, ne soit débarqué du navire à la station de quarantaine... Si le lépreux est un étranger et fait partie de l'équipage et si le navire est d'un port étranger, ledit lépreux sera retenu à la quarantaine aux frais du navire, jusqu'à ce que le navire en partance le reprenne » (1).

Plus récemment, un projet de loi envisageant l'ensemble des mesures prophylactiques a été présenté le 22 juin 1902 au Sénat des Etats-Unis. Les principales dispositions sont les suivantes : 1° Nomination d'un Commissaire de la lèpre ; 2° Création d'un établissement national pour y hospitaliser les lépreux des Etats-Unis (national leper home), à l'exclusion de ceux des îles Hawaï, de Porto-Rico, de Cuba et des Philippines ; 3° Obligation pour chaque Etat d'isoler les lépreux de leur territoire dans un asile spécial et de soumettre à la surveillance du bureau de santé ceux qui peuvent être soignés à domicile ; 4° Défense aux lépreux de résider dans les hôtels, de manger dans les restaurants, de laver leurs vêtements en même temps que ceux des individus sains et dans les lavoirs publics. Il leur est enjoint de ne se servir que de leurs ustensiles de table personnels et de les laver eux-mêmes, de dormir seuls, à moins qu'ils ne soient mariés, de s'abstenir de tout contact corporel, d'embrasser, par exemple, les membres de leur famille. Le bureau de santé de l'Etat, approuvé par le Commissaire national de la lèpre, a le devoir de tenir la main à la stricte observation de ces règles ; 5° Transport à la léproserie nationale, aux frais du Gouvernement national, des lépreux incapables de se soigner eux-mêmes ; 6° Interdiction à toute compagnie de navigation à vapeur ou de chemin de fer d'amener aux Etats-Unis un lépreux, ou d'accepter un émigrant venant d'une contrée à lèpre, spécialement : le Canada, le Mexique, les îles Hawaï, le Japon, la Chine, l'Inde l'Espagne, le Portugal, la Norvège, la Suède, la Finlande, la Russie, l'Islande, les Indes occidentales, les Etats de l'Amérique du Sud, sans un certificat spécial délivré par le bureau de santé du pays de l'émigrant et contresigné par le médecin de l'hôpital maritime attaché au consulat du port d'embarquement de l'émigrant (2) ; 7° Stricte surveillance par le bureau local de santé, pendant une période de sept années, des émigrants de familles notoirement lépreuses ; à l'expiration de ce terme, les individus suspects, s'ils sont reconnus indemnes de lèpre, seront libres de toute surveillance ; 8° Si un lépreux, en dépit des précautions susmentionnées, pénétrait aux Etats-Unis, le bureau local de santé devrait le renvoyer, par les soins du consul de son pays, à son port de débarquement.

Ce bill fut présenté au Congrès qui, avant de l'adopter, fit procéder à une enquête. Le nombre total des lépreux reconnus ne dépassa pas 278, dont 155 en Louisiane et 123 dans les autres Etats. Le congrès, considérant que la lèpre était fort peu répandue aux Etats-Unis, ne prit aucune décision et il y a peu d'apparence qu'il vote le projet de loi dans un avenir prochain.

Des mesures analogues ont été adoptées ou discutées dans le Dominion du Canada. En 1898, un paragraphe ajouté aux règlements de quarantaine oblige le navire qui a amené un lépreux à le reprendre à son départ. Un projet de loi interdisant aux lépreux de débarquer au Canada, d'exercer certains métiers, de vivre à l'hôtel et de se servir des véhicules publics est actuellement à l'étude.

Depuis près de vingt ans, les Etats de l'Australie possèdent une législation qui les met à l'abri de l'invasion lépreuse.

Les Etats australiens sont le type de la colonie de peuplement. Le climat et les productions du sol permettent à l'Européen d'y vivre comme dans la mère patrie.

La population blanche ne s'accroît pas seulement par l'immigration, elle peut y faire souche, tandis que l'élément indigène est en voie de disparition rapide. Dans ces colonies prospères, le nombre des lépreux est très minime ; il n'y a pas, à proprement parler, d'endémie lépreuse. La législation doit, par conséquent, s'appliquer surtout à empêcher l'établissement de foyers.

Les trois mesures qui s'imposent sont donc : la déclaration obligatoire de tous les cas de lèpre ; l'isolement immédiat et rigoureux des lépreux ; la surveillance des immigrants.

Les Acts de la Nouvelle-Galles du Sud (1890) et du Queensland (1892) sont à peu près identiques. Voici, en substance, les principales dispositions de ce dernier :

Art. 4. — Quand il y aura des raisons de croire qu'une personne est atteinte de la lèpre, le locataire ou le propriétaire de la maison devra rapporter immédiatement le cas, par écrit, au plus prochain magistrat de police, qui fera au ministre un rapport dont il enverra copie au Bureau central de Santé. Quand un médecin praticien vient à observer un cas de lèpre, il est astreint aux mêmes formalités. Toute infraction à cette injonction est punissable d'une amende n'excédant pas 100 livres sterling (2.500 francs).

Art. 5. — Le ministre fera examiner l'individu suspect par un ou plusieurs médecins praticiens, et si le diagnostic de lèpre est confirmé, il fera envoyer le lépreux au Lazaret.

Si celui-ci refuse d'obéir, s'échappe ou tente de s'échapper, il peut être arrêté par telle force que le cas requiert et conduit au Lazaret.

Art. 9. — Toute personne qui désobéit volontairement, empêche l'exécution d'un ordre, pénètre dans les limites du Lazaret, communique avec un détenu ou intervient sans motif pourra être condamnée à une amende de 10 à 20 livres sterling (250 à 500 francs).

Les Acts de la Nouvelle-Galles du Sud et du Queensland ne contiennent aucune disposition contre les immigrants lépreux. Mais cette omission est en partie réparée en fait. Les Parlements de la Nouvelle-Galles et de Victoria ont frappé d'un droit de 100 livres l'entrée des Chinois dans ces Etats. Cette mesure a été prise au point de vue économique, mais au cours de la discussion du projet, on a fait valoir en sa faveur le danger que l'entrée des Chinois, sans contrôle, faisait courir à ces colonies.

B. — *Deuxième groupe. Pays de race blanche où il existe des foyers de lèpre.* — Nous prendrons pour type la Norvège (1). Le premier recensement complet date de 1856, il accuse un total de 2.598 lépreux. Dans les quatres années suivantes, on enregistra 1.148 nouveaux cas et dans la période quinquennale 1861-1865, 1.028. En 1880, on ne comptait plus que 77 cas nouveaux ; en 1890 52, et en 1900, 7 seulement. Le chiffre des lépreux diminuait parallèlement avec une sorte de régularité mathématique. De 2.598, en 1856, le nombre des lépreux existant en Norvège est tombé à 1.445 en 1876, à 795 en 1886, à 390 en 1896 et à 243 en 1902.

Il n'est pas douteux que ce recul de la lèpre en Norvège est le résultat des mesures énergiques qui n'ont cessé d'être prises depuis le milieu du siècle dernier. En 1856, 200 lépreux en tout étaient hospitalisés. En 1857, un établissement pouvant contenir 250 malades fut ouvert à Bergen ; en 1861, deux nouveaux établissements furent fondés, l'un à Molde et l'autre à Trondhjem, pouvant recevoir ensemble 500 lépreux. De 1859 à 1890, 585 lépreux furent isolés à l'établissement de Bergen et, dans ces mêmes années, le nombre des lépreux en Norvège diminua de 280.

Mais ce qui est encore plus suggestif, c'est l'examen comparatif du mouvement des lépreux dans les diverses circonscriptions territoriales. L'isolement, en effet, n'a pas été appliqué partout avec la même rigueur. Dans le district de Nordmoer, le nombre des cas nouveaux augmenta, à chaque période quinquennale jusqu'en 1870, et cela malgré l'isolement ; mais celui-ci était tout à fait insuffisant ; il ne portait que sur 13 pour 100 des cas. Au contraire, dans le district de Soendfjord, où l'isolement atteignait 49 pour 100 des cas, le nombre des faits nouveaux décroît rapidement.

Le Gouvernement norvégien, après avoir constaté les bons effets de l'isolement facultatif et volontaire, a promulgué, en 1885, une loi qui donne aux Commissions sanitaires et aux autorités communales le droit d'obliger les lépreux à s'isoler dans leur demeure.

S'ils refusent ou s'il sont dans l'impossibilité d'obéir à cette injonction, les autorités peuvent les contraindre à entrer dans un établissement. Ainsi donc, comme le fait remarquer A. Hansen, c'est l'administration municipale qui décide si les lépreux doivent rester isolés ou non sur le territoire de la commune (2).

Actuellement le nombre des lépreux est si minime en Norvège que plusieurs établissements ont été fermés ou affectés à l'hospitalisation des phtisiques.

Les lépreux isolés peuvent se livrer à di-

(1) *Quarantine Regulations concerning leprosy promulgated by the United States Treasury*, 1894. Cette loi a été révisée en 1903.

(2) A la première Conférence internationale de la Lèpre (1897), Arning avait proposé, pour éviter la diffusion de la maladie par l'émigration, qu'un contrôle fut établi au point de départ de l'émigration; que le contrôle se poursuivit, sous la garantie du consulat du pays de destination, au port de rassemblement et d'embarquement, et qu'il se terminât au port de débarquement.

(1) G. Armauer Hansen (de Bergen). *Congr. internat. de Dermatologie*, Berlin, sept. 1904.

(2) G.-A. Hansen. *Lepra-Conferenz*, 1897.

vers travaux et ce qu'ils gagnent leur appartient. Il n'y a pas de réglementation relative au transport des malades et, jusqu'ici, on n'a jamais eu à déplorer de contamination par véhicules.

La loi danoise, relative à l'Islande, promulguée en 1898, reproduit en grande partie les dispositions de la loi norvégienne :

Les médecins ou assistants-médecins de district doivent dresser une liste de tous les lépreux.

Quand un lépreux change de district, le médecin du premier district informe de ce déplacement le médecin de l'autre district.

Le médecin de district doit indiquer aux lépreux et aux individus sains qui vivent avec eux, les moyens d'éviter la contamination.

Aux lépreux, il est interdit de nourrir des enfants, de servir des individus non lépreux et de faire la cuisine.

Les pièces qui ont été habitées par un lépreux doivent être désinfectées avant d'être affectées à un individu sain.

Les lépreux soutenus par l'assistance publique, si le médecin de district le trouve nécessaire, seront dirigés sur l'hôpital destiné aux lépreux.

D'une manière générale, chaque fois que cela est possible, les couples mariés ne seront pas séparés contre leur gré.

Les enfants de parents lépreux soutenus par l'assistance publique seront transportés dans d'autres maisons. — C'est surtout par ce dernier paragraphe que la loi danoise diffère de la loi norvégienne.

La léproserie islandaise est située dans la presqu'île de Longarnoes, près de Reykjavik. Le chiffre des malades isolés oscille entre 60 et 70. Ehlers, en 1904, écrivait que depuis l'entrée en vigueur de la loi (1898), le nombre des lépreux islandais avait diminué de plus d'un quart.

Dans la Russie d'Europe, il y a deux foyers principaux de lèpre : l'un comprend la Finlande, les provinces baltiques et déborde sur la Prusse ; son maximum d'intensité est en Livonie, particulièrement à Riga (1 malade pour 10.000 habitants dans la province, mais jusqu'à 1 pour 100 dans certains districts, d'après Hellat).

L'autre foyer, situé au sud de la Russie, se continue avec ceux de la Turquie d'Europe et d'Asie ; il comprend tout le littoral de la Mer Noire, avec la Crimée, le Caucase et le pourtour de la Caspienne ; il se prolonge le long du Don et de la Volga, dans la direction de l'Oural.

Depuis la circulaire du 18 avril 1895, qui a rendu obligatoire la déclaration des cas de lèpre, d'assez nombreuses dispositions légales ont été prises en Russie, touchant les lépreux. En 1902, la Commission médicale du Ministère de l'Intérieur a publié un règlement qui dit en substance :

I. — Dans tout Gouvernement où des cas de lèpre ont été observés, une Commission doit être formée, dont font partie l'Inspecteur médical et au moins deux médecins connaissant la lèpre. La Commission a non seulement à reconnaître la contagiosité de tout nouveau cas de lèpre, mais aussi à examiner la situation pécuniaire du patient et de son entourage, pour savoir si l'isolement à domicile est possible ;

2. — Quand, dans le cas de forme contagieuse de la lèpre, l'isolement à domicile serait insuffisant pour protéger l'entourage du malade contre la contagion, l'isolement doit être prescrit conformément aux règlements édictés contre l'extension des maladies contagieuses ;

3. — Le personnel médical du gouvernement a le devoir de surveiller tous les lépreux isolés à domicile et, dans le cas où ils n'observent pas les mesures prophylactiques prescrites, d'en informer la Commission ;

4. — Au cas où, chez un patient vivant dans une léproserie, il sera constaté par le médecin de l'établissement que le stade infectieux est terminé et si ce patient exprime le désir de rentrer chez lui, il peut être relaxé après qu'il aura été soumis à l'inspection de la Commission et que celle-ci se sera prononcée en faveur de la libération ;

5. — Un lépreux, à la période infectieuse, qui se trouve dans une léproserie où il avait été envoyé par la Commission, peut en sortir et être confié à ses proches, si ceux-ci apportent la preuve que sa situation pécuniaire ou la leur est telle que le patient peut être isolé à domicile avec l'observation de toutes les mesures prophylactiques requises ;

6. — Les règles qui devront être suivies en cas d'isolement à domicile seront établies par le bureau médical local et portées à la connaissance de la Commission ;

7. — Le transport des lépreux est régi par la circulaire du Ministère de l'Intérieur du 20 février 1900 (1).

En 1901, le Ministre de l'Instruction publique posa au Département médical la question de savoir si l'on pouvait laisser les enfants issus de lépreux fréquenter les écoles primaires.

La réponse fut : 1° que les enfants de parents lépreux, avant d'être admis dans les écoles primaires, doivent être soumis à une inspection médicale et qu'il leur sera permis de suivre les classes s'ils n'offrent aucun signe de lèpre ; 2° que ces enfants seront placés sous la surveillance constante du médecin et qu'ils seront éloignés de l'école dès qu'ils présenteront des signes de lèpre.

En Russie, l'initiative privée a pris une part très active dans la lutte contre le fléau. Dès 1885, Hellat s'appliquait à répandre cette notion, que la lèpre est fréquente en Livonie, qu'elle est contagieuse et qu'il faut arrêter son extension par l'ouverture de léproseries. A cette époque, dit-il, les neuf dixièmes de la population ignoraient totalement l'existence de la lèpre, tandis que, douze ans plus tard, la connaissance de cette maladie a pénétré dans les couches sociales les plus pauvres. C'est à la création d'une société pour la lutte contre la lèpre, « Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra », qu'on doit, en grande partie, ce résultat. Celle-ci fut constituée, en 1890, peu après la mort de Von Wahl, qui en avait été l'initiateur. Elle a fondé plusieurs établissements où les lépreux peuvent être soignés et isolés. Ses subsides lui sont fournis par les contributions régulières des membres et par des dons. Dès la première année, elle possédait 90.000 roubles et ouvrait une léproserie de 20 lits, près de Dorpat.

(1) Cette circulaire a été modifiée par des prescriptions contenues dans le Recueil des décrets du gouvernement (*Regierungs Erlasse*) du 21 oct. 1903 ; le transport des lépreux par wagon est soumis à des règles minutieuses et le compartiment doit être désinfecté dans les trois jours après avoir été évacué par le malade.

En 1892, une léproserie de 80 lits fut établie au Nord-Est du gouvernement de Livonie, au bord du lac Peïpus ; en 1896, une troisième, contenant de 60 à 80 lits, s'élevait au voisinage de Wenden. Une quatrième, pouvant abriter 100 lépreux, a été bâtie quelques années plus tard, à Tarwost, un des centres d'extension de la lèpre.

En 1904, la province de Livonie disposait de 360 lits ; la Courlande, de 119 lits ; l'Esthonie, de 60 lits ; le gouvernement de Saint-Pétersbourg, de 80 lits ; celui d'Astrakan, de 50 lits ; en outre, des établissements situés dans le Caucase, le Turkestan, la Sibérie et le territoire de l'Amour pouvaient isoler 197 lépreux. En 1904, la Russie disposait déjà de 18 léproseries, pouvant recevoir 866 lépreux et, à cette date, 5 autres établissements allaient être ouverts prochainement.

Pour enrayer l'épidémie récente apparue en Allemagne, dans le cercle de Memel, le gouvernement prussien a pris, sur les indications de Blaschko, les mesures suivantes :

Tous les lépreux sont examinés par le médecin du district une fois par semestre ; en outre, la population tout entière du district a subi un examen médical.

Des 17 localités infectées, 14 se trouvant situées près de la frontière russe, les émigrants de ce pays sont soumis à une visite sanitaire. Les lépreux du district de Memel, qui désirent s'expatrier, ne reçoivent pas de passeport. Tous les lépreux ayant des bacilles dans leurs produits de sécrétion sont, si cela est nécessaire, isolés. Les personnes vivant dans de bonnes conditions sont autorisées à se soigner dans leur famille, les autres sont internées dans un établissement spécial, aux frais de l'Etat.

En Crète, où le nombre des lépreux est d'environ 600, tous les malades sont concentrés depuis quelques années dans la presqu'île de Spina-Longa, située sur la côte septentrionale de la grande île.

Lorsque la loi prescrivant l'isolement des lépreux fut promulguée, trois d'entre eux se suicidèrent et quatre quittèrent le pays. Les autorités municipales reçurent l'ordre de conduire au chef-lieu, dans le plus bref délai, les malades de leur commune.

Cet ordre fut exécuté sans grande résistance de la part des lépreux et de leurs familles. Au chef-lieu, les malades subirent un examen médical, puis ils furent transportés par bateau à Spina-Longa (1).

C. — *Troisième groupe : les grands foyers de l'endémie lépreuse.* — Ils comprennent l'Inde britannique, l'Indochine, les Philippines, le Japon, Madagascar et la Colombie.

Au Japon, d'après S. Uchino, conseiller médical du Ministère de l'Intérieur, la loi en vigueur depuis avril 1907 ordonne à tout médecin de signaler aux autorités compétentes les lépreux traités par lui.

Les malades fortunés peuvent se soigner à domicile. Ils sont placés sous le contrôle de la police sanitaire. Ils doivent, pour le moins, pouvoir disposer d'une chambre particulière. Les vêtements, les lits et autres objets à leur usage sont lavés et désinfectés de temps en temps.

En cas d'absolue nécessité, il est permis aux malades de sortir de chez eux avec des vêtements et du linge propre et après avoir été récemment pansés. Il leur est interdit

(1) Communication orale du Dr Kefalyonnis, vice-président de la Chambre des Députés de Crète.

d'entrer dans les restaurants, théâtres, établissements de bains, boutiques de coiffeur et, d'une manière générale, dans les lieux publics. En outre, il ne leur est pas permis d'exercer certaines professions qui pourraient favoriser la dissémination de la maladie.

Enfin, il est strictement défendu d'habiter dans un logement où a vécu un lépreux, de faire usage, de vendre, de donner ou de jeter les vêtements ou les objets quelconques qui lui ont appartenu.

D'après la même loi, l'entrée du Japon est interdite aux étrangers atteints de lèpre.

Le Ministre de l'Intérieur, conformément à ladite loi a ordonné l'érection, dans chacune des 5 provinces de Tokio, Osaka, Aomori, Kagawa et Kumanoto, d'un sanatorium, ce qui a entraîné une dépense d'environ 900.000 marks. Tous ces sanatoria sont, au point de vue de l'hygiène, très favorablement situés. L'un d'eux, dans la province de Kagawa, possède une grande île et occupe 60 hectares.

Chaque sanatorium est disposé pour recevoir 2 à 300 malades et les 5 établissements sont en état de recevoir 1.300 lépreux.

B. — *Propositions, concernant la prophylaxie antilépreuse, votées par la 2e Conférence internationale de la lèpre, réunie à Bergen* (1909).

1° La deuxième conférence internationale scientifique contre la lèpre maintient sur tous les points les résolutions adoptées par la première conférence internationale de Berlin, en 1897.

La lèpre est une maladie contagieuse de personne à personne, quel que soit le mode suivant lequel s'opère cette contagion.

Aucun pays, à quelque latitude qu'il se trouve, n'est à l'abri d'une infection éventuelle par la lèpre.

Il serait donc utile de prendre des mesures de protection.

2° Vu les heureux résultats obtenus en Allemagne, Islande, Norvège et Suède, il est désirable que les pays à lèpre procèdent à l'isolement des lépreux.

3° Il est désirable que les lépreux soient exclus des professions qui sont spécialement dangereuses au point de vue de la transmission de la lèpre.

En tout cas et dans tous les pays, l'isolement strict de tous les mendiants et vagabonds lépreux est indispensable.

4° Il est désirable que les enfants sains des lépreux soient séparés de leurs parents lépreux aussitôt que possible et qu'ils restent en observation.

5° Ceux qui ont partagé le domicile de personnes lépreuses doivent être examinés de temps en temps par un médecin ayant des connaissances spéciales (1).

C. — *La lèpre en France. Mesures prophylactiques proposées par la Commission.*

Les cas de lèpre observés en France proviennent de trois sources différentes: La plupart sont d'importation exotique ; quelques-uns, très rares il est vrai, prouvent que la lèpre exotique peut être transmise à des Français n'ayant jamais quitté le sol natal ; d'autres sont les derniers vestiges de la lèpre autochtone en voie d'extinction.

I. — *Lèpre exotique importée en France.*

Nombre de missionnaires ou religieuses, de colons, de marins ou de soldats, contractent la lèpre dans les possessions françaises, puis rentrent dans la mère-patrie, soit lorsque la terrible maladie s'est déjà démasquée, soit pendant le cours de sa longue incubation.

Des étrangers, originaires de contrées où la lèpre est endémique, dès les premiers indices révélateurs du mal accourent en France, dans l'espoir d'y trouver la guérison.

Grâce à la multiplicité et à la rapidité des transports qui abrègent les distances, l'afflux de ces lépreux vers la France va toujours grandissant. A Paris circulent environ 160 à 200 lépreux. A l'hôpital Saint-Louis, il y en a toujours une douzaine. En moins de 10 ans, le rapporteur a pu y étudier près de 80 cas, provenant tous de pays notoirement lépreux. Ce sont les Etats de l'Amérique latine (Cuba, Saint-Domingue, La Guadeloupe, la Martinique, le Mexique, la Colombie, le Vénézuéla, les Guyanes et le Brésil) qui fournissent le plus gros contingent. Les autres sources d'importation sont, par ordre de fréquence décroissante : la Nouvelle-Calédonie et Tahiti, la Réunion, la Côte occidentale de l'Afrique, l'Inde anglaise, la presqu'île indochinoise et Java.

Dans nos grands centres maritimes, comme dans la capitale, les cas de provenance exotique, sans être communs, ne sont pas rares.

Une enquête rapide et nécessairement incomplète, dit M. Pitres (1), prouve qu'en moins de 20 ans, il a été observé 30 cas de lèpre à Bordeaux. Et il ne s'agit là que des cas avérés et non pas de ces formes frustes et ambiguës qui donnent prise au doute.

D'autre part, L. Perrin a pu suivre 39 cas de lèpre à Marseille, en une quinzaine d'années. Cet observateur fait remarquer que le mouvement de voyageurs dans ce port est énorme (4 millions en 1907). On compte à Marseille 102.000 étrangers, parmi lesquels 92.000 Italiens et un grand nombre de Levantins. En outre, la proximité du département des Alpes-Maritimes où il existe une quarantaine de cas autochtones, peut encore contribuer à accroître le chiffre des lépreux résidant dans cette ville. Beaucoup de cas, d'ailleurs, ajoute Perrin, passent inaperçus. Il mentionne le fait suivant, qui mérite d'être retenu. Une femme originaire d'Acqui (province d'Alexandrie, Italie) atteinte de lèpre tuberculeuse, a pu travailler pendant 20 ans dans une huilerie, sans jamais consulter un médecin. Les hasards de la clinique ont fait tomber sous l'observation de Perrin 6 autres lépreux qui ne connaissaient pas le nom de leur maladie et vivaient en famille ou avec des camarades !

Ces agglomérations artificielles de lépreux ne constituent pas des foyers à proprement parler, car jusqu'à présent elles ne paraissent pas avoir contribué à propager la lèpre en France. Il y a pourtant quelques exceptions à cette règle, comme on va le voir.

II. — *Lèpre de provenance exotique, transmise à des sujets n'ayant jamais quitté la France.*

Les cas ressortissant à cette dernière catégorie sont d'une extrême rareté ; mais certains sont très démonstratifs, tels celui d'une Française, dont M. Lande a rapporté l'histoire qui, sans avoir jamais quitté le sol natal, fut contaminée par un enfant lépreux confié à ses soins depuis plusieurs années ; tel encore celui de Perrin (1), ayant trait à une femme, née à Marseille, qui, sans sortir de France, prit la lèpre au contact de son mari devenu lépreux au Tonkin, où il avait résidé 20 ans.

III. — *Survivance de la lèpre autochtone.*

La Bretagne et les départements qui bordent la Méditerranée sont les seules régions où elle garde quelque importance.

A vrai dire, il n'existe pas, sur la côte bretonne, de foyers véritables. Çà et là sont disséminés quelques cas solitaires et en fort petit nombre.

Sur la côte ligurienne, il existe encore plusieurs petits foyers. En 1888, Chantemesse et Moriez ont fait connaître quatre épidémies locales qui avaient causé une vingtaine de victimes. Les villages contaminés étaient Laghet, Tourette, Eze et Saint-Laurent-d'Eze. Il existe aussi des foyers à Peille, à la Trinité-Victor et à Contes. Le rapporteur a vu, en 1896, à l'hôpital Saint-Louis, une lépreuse originaire de cette localité ; sa mère avait succombé à la lèpre (2). Marchoux et Bourret ont encore signalé un très petit foyer près de la frontière italienne de St-Dalmas de Valdeblase (3).

Presque tous les petits villages qui viennent d'être mentionnés sont situés soit dans la vallée du Paillon (qui se jette dans la Méditerranée, à Nice, où il y a quelques lépreux), soit dans son voisinage immédiat. Il faut également remarquer que toutes ces bourgades sont éloignées des grandes voies de communication et qu'elles sont situées à une certaine altitude (Contes à 260 m., Eze à 400 m., la Turbie à 480 m., Peille à 630 m.) Telles sont probablement les raisons pour lesquelles ces petits foyers n'ont pas gagné les stations hivernales qui semblent être complètement indemnes (4).

Il résulte de la dernière enquête conduite par MM. Boinet et Ehlers (5) que la lèpre est en pleine décroissance dans les Alpes-Maritimes où elle n'est plus représentée que par quelques cas isolés. Quant aux anciens foyers situés dans les départements du Var et des Bouches-du-Rhône, ils sont à peu près éteints.

S'il n'est pas urgent de prendre des mesures défensives contre cette *lèpre autochtone* en voie de disparition spontanée, l'apport incessant de *lèpre exotique*, puisée aux sources les plus virulentes ne laisse pas d'être inquiétant. Contre elle, rien n'a été entrepris.

(1) Les propositions 6 et 7 sont relatives à l'étiologie, au pronostic et au traitement de la lèpre. La proposition 3 qui ne figurait pas sur l'avant-projet de vœux soumis à la conférence a été insérée sur la demande de MM. E. JEANSELME, de Paris et ENGEL BEY, du Caire.

(1) PITRES. La lèpre en Gironde à notre époque. *Soc. de Méd. et de Chirurgie de Bordeaux*, 19 décembre 1905.

(1) L. PERRIN. La lèpre à Marseille, IIe *Conf. internat. de la lèpre*, Berger 1909.

(2) L'enquête officielle faite en 1894-1895 par le médecin des épidémies sur la lèpre dans l'arrondissement de Nice mentionne 21 cas, chiffre inférieure à la réalité, car les renseignements faisaient défaut pour les communes très suspectes d'Eze et de la Turbie qui n'ont pas de médecin.

(3) MARCHOUX et BOURRET. Enquête étiologique dans un foyer de lèpre.

(4) JEANSELME. E. Rapport sur la lèpre en France et dans ses colonies. 1re Conférence de la lèpre, Berlin, 1897.

(5) BOINET et EHLERS. Un vieux foyer de lèpre dans les Alpes-Maritimes. *Lepra*, Fol. III, fasc. 1, p. 17.

Suivons la piste d'un lépreux de la classe aisée depuis le moment où il débarque dans un port français. Que va-t-il faire ? D'abord il gagnera la capitale ou quelque autre grand centre, dans l'espoir d'y obtenir la guérison. Il se logera dans un hôtel ou une maison meublée, prendra des domestiques à son service, circulera par la ville en employant tous les moyens publics de transport. L'été, il ira dans une ville d'eau ou une station balnéaire. Bref, sous le couvert de son incognito, il se mêlera, sans aucune entrave, à la population saine, semant partout sur son passage des germes infectieux.

Les lépreux qui circulent à Paris et en province appartiennent d'ailleurs à toutes les classes sociales. Parmi les 61 cas recueillis par le rapporteur, il se trouve : trois collégiens élevés dans de grands établissements scolaires, des instituteurs et institutrices, un valet de chambre et une bonne d'enfant.

La prudence conseille de ne pas s'endormir dans une quiétude parfaite, mais que faire ?

Quatre ordres de moyens préventifs ont été proposés : la surveillance sanitaire des lépreux, qui suppose la *déclaration obligatoire*, — *l'interdiction faite aux lépreux d'entrer en France* ; — *l'internement forcé ;* — la création de *sanatoria* où les lépreux pourraient être admis *sur leur demande*.

I. — M. Thibierge, à la Conférence internationale de Berlin (1897) a préconisé la première mesure. La visite sanitaire obligatoire pour tous les sujets provenant des pays contaminés est impraticable, dit-il ; cependant, celle-ci pourrait être appliquée à certaines catégories de suspects, tels que les militaires et les marins ayant fait campagne en pays lépreux, les fonctionnaires du service colonial et pénitentiaire. Les sujets reconnus lépreux seraient signalés par leurs administrations respectives aux autorités sanitaires du lieu de la résidence, qui connaîtraient ainsi les cas importés, assureraient leur surveillance, leur faciliteraient la pratique de la désinfection et, au besoin, l'hospitalisation.

II. — M. Hallopeau tient pour la seconde mesure. Il demande : 1° que l'entrée des lépreux par les ports maritimes soit interdite ; 2° que dans chaque port de mer un médecin spécial examine à ce point de vue les passagers ; 3° que les médecins des navires soient tenus de faire la déclaration de la lèpre existant à bord.

En ce qui concerne les lépreux provenant de nos colonies, la tâche serait assez facile, car la plupart des coloniaux français sont des fonctionnaires et, comme tels, soumis à une visite sanitaire avant d'être rapatriés. Mais il reste à savoir s'il est expédient d'user d'une telle rigueur envers des compatriotes qui ont contracté la lèpre au service de la France.

Vis-à-vis des lépreux étrangers, l'interdiction serait illusoire. Elle ne deviendrait efficace que le jour où la France conclurait, avec les Etats de l'Amérique latine et les autres pays à lèpre, une Convention semblable à celle que les Gouvernements allemand, persan, roumain, russe et turc ont signée il y a quelques années. Ladite Convention décide que, dans l'avenir, les puissances intéressées ne délivreront pas de passeport pour l'étranger aux lépreux, ni même de carte de légitimation (1).

III. — Tout récemment, M. J. Courmont rapportait à l'Académie de Médecine le cas d'un chemineau qui émet, chaque jour, par le nez, plusieurs grammes de pus fourmillant de bacilles de Hansen. La loi de 1902 ne permet pas d'isoler ce lépreux. M. J. Courmont signale cette lacune. Il pense que la prophylaxie de certaines maladies, telles que la scarlatine, la diphtérie, la variole, la lèpre, ne sera réellement efficace que le jour où l'isolement sera rendu obligatoire à l'hôpital ou dans des maisons de santé spéciales, toutes les fois que le logement du malade ne sera pas dans les conditions nécessaires pour permettre un isolement effectif.

Il est douteux que le Parlement autorise jamais l'*isolement* obligatoire des lépreux vivant en France, alors qu'il laisse circuler, en toute liberté, des sujets atteints de scarlatine, de variole, de diphtérie..., maladies éminemment contagieuses.

IV. — Quant à favoriser l'*isolement facultatif* des lépreux, on ne peut que l'encourager. Il y a une dizaine d'années, le projet de fonder un *sanatorium* pour cette catégorie de malades a été mise en avant par Dom Sauton, qui avait choisi pour emplacement la commune de Ronceux, située à quelques kilomètres de la ville de Neufchâteau (Vosges). Le Comité consultatif d'hygiène publique de France, sur la proposition de M. Netter, son rapporteur, émit l'avis « que la création, en France, par l'initiative privée, d'un sanatorium destiné à recevoir des lépreux rendrait de très grands services, et ne constituerait pour le voisinage aucun danger ». Dans la région, qui est tout à fait indemne de lèpre, l'émotion fut grande. Les Conseils municipaux de Ronceux et de Neufchâteau ayant fait entendre de vives protestations, le ministre de l'Intérieur consulta l'Académie de Médecine. Celle-ci nomma une Commission dont E. Besnier fut le rapporteur. « Placé en lieu opportun, dit le savant léprologue, c'est-à-dire le plus près possible des points où subsistent des foyers lépreux, solidement réglementé par l'autorité sanitaire, et soumis par elle à la surveillance intérieure et extérieure indispensable, un sanatorium privé pour lépreux peut avoir une utilité réelle et remplirait, en outre, un but humanitaire qu'on ne saurait trop hautement apprécier ». L'Académie accepta les conclusions formulées par sa Commission. — Le lieu opportun pour fonder un sanatorium, ce serait la côte de Bretagne, ou mieux encore le littoral méditerranéen, mais les nombreuses stations balnéaires et hivernales qui s'échelonnent sur ces rivages ne toléreraient à aucun prix le voisinage de lépreux.

Pour conclure, la Commission soumet à l'approbation de la Société de Pathologie exotique les vœux suivants :

1° Inscrire la lèpre au nombre des maladies dont la déclaration est obligatoire en France ;

2° Organiser une surveillance discrète des lépreux, les exclure des écoles et les écarter de l'exercice de certaines professions ;

3° Hospitaliser les lépreux mendiants ou vagabonds ;

4° Encourager la création de sanatoria privés ;

5° Prendre des mesures rigoureuses pour enrayer les progrès de la lèpre dans nos colonies.

6° Interdire l'entrée de la France aux lépreux étrangers.

Ces divers vœux ont été adoptés.

(1) Depuis 1894, il est interdit de débarquer des lépreux dans les ports des Etats-Unis d'Amérique.

SUR

Un Signe nouveau associé au Signe de Kernig

L'EXTENSION DES ORTEILS

Par M. P. Emile Weil

Médecin des Hôpitaux

Nous avons constaté dans les états méningés un signe nouveau, que nous y avons trouvé de façon presque constante (24 fois sur 25).

Quand on recherche le signe de Kernig, à partir du moment où la jambe commence à se placer dans la ligne d'extension de la cuisse, on obtient, aussi bien dans la position couchée que dans la position assise, des mouvements des orteils semblables à ceux décrits par M. Babinski et connus sous le nom de signe de Babinski. Ces mouvements sont une extension intense et maximum du gros orteil, avec saillie des tendons, et une mise des autres orteils en éventail, avec extension plus ou moins marquée. Ce syndrome, qui accompagne de façon constante le signe de Kernig et n'existe pas sans lui, nous a-t-il semblé, est comme lui accompagné de douleurs plus ou moins fortes. Celles-ci peuvent être cause qu'on ne peut le mettre en évidence si la jambe est contracturée en flexion sur la cuisse : dans ce cas, la ponction lombaire, en diminuant la contracture et la douleur, permet alors son apparition.

Comme le signe de Kernig, le signe de l'extension associée des orteils, peut être plus intense d'un côté, être complet à droite par exemple, et incomplet à gauche. Lorsqu'il est dissocié, c'est l'extension du gros orteil qui se montre généralement seule, la mise en éventail des autres orteils plus rarement.

Les mouvements associés, que nous décrivons, peuvent être contre-latéraux. Si l'on maintient sur le plan du lit la jambe gauche, tandis qu'on recherche le Kernig du côté droit, on obtient, en même temps que l'extension des orteils droits, le même signe du côté gauche, rarement complet, d'ordinaire dissocié. Quand le signe de Kernig, encore léger, n'existe nettement que d'un côté, la contralatéralité du signe s'observe de façon intéressante : si le Kernig existe à droite par exemple, ainsi que le signe de l'extension des orteils, leur recherche ne provoque aucun mouvement des orteils gauches; par contre, l'extension de la jambe sur la cuisse gauche, qui ne détermine de ce côté ni Kernig ni extension des orteils, fait paraître à droite le syndrome d'extension décrit.

Ce syndrome n'a de rapports ni avec les signes de Babinski ou d'Oppenheim, exceptionnels dans nos cas, ni avec l'état des réflexes tendineux, qui, forts ou faibles, se montrent variables. Comme le Kernig, auquel il est associé, on le trouve aussi bien dans les méningites tuberculeuses, syphili-

tiques, cérébro-spinales, que dans les états méningés toxiques ou infectieux.

Il y apparaît aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant et souvent de façon précoce; dans un cas, où une méningite cérébro-spinale ne se traduisait au début que par la raideur de la nuque, les signes d'extension et le Kernig n'apparurent qu'à la fin de la première semaine. Les signes persistent pendant toute la maladie, pour disparaître généralement à la guérison ; on les voit cependant parfois se prolonger beaucoup plus longtemps.

La ponction lombaire, dans tous les cas où nous avons constaté ce signe, nous a montré des modifications du liquide céphalo-rachidien. De ces modifications, une seule est constante : c'est l'hypertension de ce liquide. Au reste, le liquide peut être clair, trouble, hémorragique et s'accompagner ou non de réactions cytologiques.

La valeur séméiologique de ce signe est la même que celle du Kernig et celle-ci est si importante qu'elle n'a guère besoin d'être corroborée. Cependant elle devient vraiment considérable dans les cas où le Kernig se montre comme premier et seul signe d'une réaction méningée. Dans ce cas, la constatation des deux symptômes, Kernig et extension des orteils, permet d'affirmer l'existence d'un état méningé, avec hypertension du liquide céphalo-rachidien.

Pour interpréter ce signe, il faudrait en posséder plus pleinement le mécanisme physiologique que nous ne le possédons encore.

Ce qu'on peut dire, c'est qu'il est en rapport avec un état d'hyper-tonicité musculaire, et qu'il constitue un mouvement de défense pour diminuer la douleur des fléchisseurs contracturés qu'on élonge dans la recherche du Kernig. C'est un mouvement combiné analogue à d'autres déjà décrits. Quand, par exemple, on étend la jambe sur la cuisse, chez les méningitiques, ils font un mouvement d'extension du rachis tandis que si le rachis est en extension, ils fléchissent cuisses et jambes. De même, la flexion forte de la tête provoque des mouvements combinés de flexion de cuisses et de jambes (signe de Brudzinski).

Comme le Kernig, d'ailleurs, ce signe peut exister à l'état d'ébauche chez des individus qui présentent de la rigidité musculaire, l'état pathologique n'étant, comme bien souvent, que l'exagération d'un état physiologique (1).

REVUE DE CHIRURGIE

Note sur deux cas de crises gastriques du tabes, améliorées ou guéries par l'opération de Franke, par M. Léon Mabie, chirurgien de l'Hôtel-Dieu (de Vichy) et M. Parturier, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Des pratiques thérapeutiques nombreuses ont été opposées aux crises gastriques du tabes. Ces accidents terribles, dépassant en général les ressources de la médecine, on fut amené à proposer des interventions sanglantes. Förster pratiqua la résection des racines postérieures, et obtint quelques résultats intéressants. Son opération comportait une technique délicate et un traumatisme considérable. Elle vient d'être simplifiée et mise à la portée de la chirurgie courante par Franke. C'est cette technique modifiée (par l'un de nous) qui a été appliquée aux deux malades dont nous publions l'observation. Ces deux observations sont les premières en France, les premières après l'unique tentative faite par Franke à Hanovre.

Obs. I. — Le malade, âgé de quarante-six ans, se présente pour des troubles gastriques, douleurs et vomissements. Ces accidents ont débuté il y a trois ans, sans cause connue, et semblent avoir évolué en deux périodes principales. La première correspond à peu près à la première année, pendant laquelle le malade ne put vivre que de lait. A la fin de cette période, il avait maigri de 10 kilogrammes, dit-il. Une accalmie de quelques mois lui permet de reprendre du poids. Puis, les crises réapparaissent ,plus ou moins soulagées par l'électrothérapie et le poids s'abaisse à nouveau de 62 à 55 kilogrammes. Le malade est envoyé à Vichy. Les douleurs ont pour caractère d'être continues, avec exaspération après les repas. Elles consistent tantôt en une simple pesanteur, tantôt en brûlures et en déchirement du creux de l'estomac. Parties de la région épigastrique, elles irradient transversalement *en ceinture*.

Ces crises douloureuses sont tellement pénibles qu'elles arrachent des cris au malade et lui font prendre les attitudes les plus étranges. Nous l'avons vu se rouler dans son lit, s'incurver en arrière, les mains frictionnant frénétiquement les régions douloureuses. Quelquefois, dit le malade, des vomissements se sont produits ; c'étaient des vomissements bilieux, quelques-uns avaient à la surface des flocons noirâtres.

La durée des crises est généralement très grande, une journée ou même deux, laissant le malade extrêmement abattu. Une selle diarrhéique et d'abondantes urines marquent la fin de la crise, de même que le malade rattache à une impression de froid ou à une constipation le début des accidents. L'examen physique, pendant une crise, ne nous permit de faire rentrer les accidents dans aucun des grands syndromes cliniques caractérisés, tels que la colique de plomb, un ulcus de l'estomac ou du duodénum, une colique hépatique ou néphrétique.

Le ventre avait l'aspect normal, avec simplement une légère dépression de la région susombilicale. Par la palpation de la main à plat, on pouvait se rendre compte de la souplesse parfaite de toute la paroi, aucune douleur n'était éveillée, tandis que le contact superficiel provoquait des hurlements de la part du malade. Au contraire, la pression profonde et large amenait un véritable soulagement, mais si l'on déprimait avec le doigt les points correspondants aux points iliaques, on déterminait une très vive douleur.

L'intestin paraissait avoir sa souplesse normale, on ne sentait pas de corde colique. La rate n'était pas percutable et, dans les fortes inspirations, le foie, en descendant sous le rebord costal, laissait apprécier un certain degré d'induration sans augmentation notable de volume.

L'homme était pâle, avec le facies de la souffrance. La langue était saburrale, la muqueuse ne montrait rien d'anormal que la saillie exagérée et la pigmentation ocrée des glandes pribuccales. Malgré la douleur et le faible éclairage, les pupilles étaient petites, presque punctiformes ; et, au milieu de l'hypoesthésie cutanée des régions douloureuses, on trouvait une zone d'hypoesthésie marquée surtout du côté droit. Cette zone, haute de 12 centimètres, s'étendait presque horizontalement, coupant obliquement les espaces intercostaux, du rebord costal en avant, à 4 centimètres de la région épineuse en arrière et correspondant *en avant* aux 6e et 7e espaces, au milieu aux 8e et 9e et au 10e en arrière.

Cet ensemble symptomatique nous conduisit à l'idée d'une crise gastrique de tabes, que nous pûmes vérifier à un moment d'accalmie.

1° *Les pupilles* restaient petites, insensibles aux modifications de l'éclairage, privées de tout réflexe lumineux direct ou consensuel ; par contre, elles avaient conservé le réflexe à la distance ;

2° *Les réflexes tendineux* étaient aussi profondément altérés. Le réflexe rotulien était aboli à gauche. Du côté droit, il apparaissait très irrégulièrement, le muscle ne répondant que rarement aux excitations, mais répondant avec force. Réflexe achilléen aboli. Pas de signe de Babinski, le pied gauche reste indifférent à l'excitation de la plante, pourtant la sensibilité au tact et à la chaleur est conservée ;

3° Le malade marche bien, sans incertitude ; il reste debout, les yeux fermés ; mais si on lui commande de se tenir sur un pied les yeux fermés, il en est incapable et tombe, ou bien il rouvre les yeux, regarde ses pieds, essaye d'assurer son équilibre avant de commencer son mouvement que, d'ailleurs, il ne peut exécuter.

Au cœur, on constate un deuxième bruit clangoreux, au cou un petit ganglion de la chaîne postérieure du côté gauche ; mais la bouche n'offre pas trace de leucoplasie, non plus que la peau de syphilides et l'histoire de la vie n'éveille à aucun moment l'idée d'une contamination. Ses parents étaient cultivateurs ; son père est mort d'une pneumonie ; ses deux frères et sa sœur bien portants, colonisent en Argentine et en Algérie. De son enfance il n'a gardé le souvenir que d'une rougeole. Il ne s'est exposé à une contagion vénérienne qu'à vingt ans et gagna la blennorragie l'année suivante, lors de son service militaire à Gap. Puis, valet de chambre dans un hôtel, il eut une vie assez régulière, sans incidents, sans boutons suspects, sans alopécie, sans céphalée, sans éruption. Il se marie à trente-deux ans ; sa femme n'a pas de fausses couches, mais pas d'enfants.

Ce n'est d'ailleurs qu'avec une assez grande difficulté que nous recueillons ces renseignements, obligés de contrôler les dires souvent contradictoires du malade par ceux de son entourage. La mémoire est évidemment affaiblie, les idées s'embrouillent ; bien qu'il n'y ait pas de troubles nets de la parole, le débit en est lent. Il n'existe pas de tremblement, mais le malade se plaint d'une faiblesse des jambes qui les fait se dérober sous lui. Il s'agit donc d'un tabes associé à une paralysie générale commençante.

L'opération est faite le 3 juin 1911.

Le malade est couché dans la position ventrale et le champ opératoire est désinfecté à la teinture d'iode.

A gauche, incision de 8 centimètres, suivant le 7e espace intercostal, commençant à quatre travers de doigt des apophyses épineuses. Le nerf intercostal découvert est saisi avec une pince, sectionné en dehors, puis tordu à l'aide de la pince jusqu'à ce qu'il se rompe, ce qui demande quatre minutes et demie. On fait ensuite une seconde incision semblable suivant le 8e espace intercostal ; par cette incision on découvre, pince et sectionne les 8e et 9e nerfs intercostaux qui sont tordus et se rompent, le premier après trois minutes, le second après trois minutes et demie. Pas de sutures musculaires, réunion de la peau aux agrafes de Michel.

A droite, on fait une seule incision de 12 centimètres suivant la 8e côte ; les masses musculaires sont réclinées en haut et en bas, et

(1) Récemment, M. Leone Minervini, de Naples, a décrit sous le nom de tonus du pied un phénomène, homologue, dit-il, au symptôme de Kernig. Ce signe est le suivant : en mettant brusquement le pied en flexion, la flexion persiste en contracture tonique dans les méningites et les états où il y a hyper-excitabilité spinale. Ce symptôme nous paraît sans rapports avec celui que nous décrivons.

par cette ouverture unique on découvre les 7e, 8e et 9e nerfs intercostaux qui sont rompus par torsion, le premier en deux minutes et quart, le deuxième en trois minutes et le troisième en deux minutes cinquante secondes. Deux points sur les muscles, réunion de la peau aux agrafes.

Il est à noter que les nerfs, surtout à droite, se rompirent beaucoup trop vite.

Quelques nerfs n'avaient pu être arrachés que par lambeaux. On pouvait se demander si le ganglion correspondant avait été intéressé. Un frottis fait avec le fragment de nerfs ramené par la pince montra l'existence de cellules unipolaires caractéristiques de ganglions spinaux.

Dès le réveil du malade on put se rendre compte d'un changement considérable dans son état. Au lieu de hurlements perpétuels qui troublaient le repos de ses camarades, il ne faisait entendre qu'une faible plainte ; ce n'était pas son estomac qui le faisait souffrir, c'était son dos, sa plaie opératoire.

Le lendemain et les jours suivants, l'amélioration persistait. Le ventre, toujours aussi facile à examiner, ne présentait plus cette sensibilité des points iliaques externes que nous avions trouvée si vive. Depuis l'opération, le malade n'avait ni vomi ni souffert de l'estomac ; il avait faim et mangeait, mais conservait de son état antérieur la phobie des aliments solides et ne consentait à prendre que des bouillies.

La recherche de la sensibilité montra un degré marqué d'hypoesthésie dans la région des nerfs intercostaux intéressés. La zone hypoesthésiée était limitée en bas par une courbe concave, passant à deux travers de doigt audessous de l'ombilic et par le 8e espace de chaque côté, en haut par une horizontale correspondant au 2e espace. Dans le sens transversal, le territoire ne paraissait pas dépasser les lignes axillaires.

Obs II. — La seconde opération faite à Vichy, et la troisième des cas totaux porte sur un homme de quarante-neuf ans, qui souffrait de l'estomac depuis six ans. Longtemps ses douleurs étaient survenues par périodes de deux ou trois mois; mois, depuis six mois environ, elles étaient continues, s'accompagnant d'une véritable intolérance gastrique. La situation était intolérable. Ces douleurs n'affectaient d'ailleurs aucune relation précise avec les heures des repas, elles apparaissaient brusquement le jour, mais surtout la nuit et spécialement le matin à jeun. C'étaient des brûlures des déchirements commençant au creux de l'estomac et irradiant en forme de ceinture. Et elles s'accompagnaient de vomissements, vomissements alimentaires, bilieux, et le matin glaireux.

L'examen de l'abdomen ne nous révélait rien de particulier. Il était excavé, mais la sonorité gastrique, parfaitement distincte de la sonorité intestinale, ne dépassait pas deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. La palpation n'était nullement douloureuse ; l'état du foie, de la rate, de l'intestin n'éveillait aucune idée pathologique. Mais les yeux présentaient une irrégularité pupillaire appréciable, la pupille droite étant plus large, sans que, d'ailleurs, l'iris parut lésé. Le réflexe à la *distance* était conservé alors que la réaction à la *lumière était abolie.*

Quant aux réflexes, *tous les réflexes tendineux étaient abolis.* Le réflexe cutané plantaire gauche n'existait plus ; à droite il était très diminué. Par contre, les réflexes cutanés abdominaux supérieurs, moyens et inférieurs se trouvent exagérés au niveau d'une zone de troubles sensitifs (bande d'anesthésie bordée de bandes d'hyperesthésie).

On note aussi de l'*hypotonie musculaire*, de l'hyperflexibilité du tronc, en arrière; les omoplates, mal soutenues par leurs masses musculaires, s'écartent en forme d'ailes.

Enfin, pour expliquer la genèse des accidents, une leucoplasie légère montre à la face interne des joues, en arrière des commissures, des taches opalines larges comme des pièces de 0 fr. 50 : on trouve de chaque côté de la nuque un chapelet de ganglions. Les ganglions axillaires droits, le ganglion susépitrochléen du même côté sont également hypertrophiés, et, au niveau des aines, des glandes énormes forment de petites masses appréciables à l'inspection et que le malade dit avoir depuis longtemps.

Il est d'ailleurs impossible de retrouver dans la mémoire du malade, non plus que sur son corps, la trace de l'accident primitif.

L'opération a lieu le 7 juillet 1911. Y assistait les Drs Dujarrier et Burty, de Paris ; Darget, d'Orthez ; MM. Darget fils, interne des hôpitaux de Bordeaux et Jacquemartd, étudiant en médecine à Alger.

Le malade est couché en position ventrale et le champ opératoire est désinfecté à la teinture d'iode. Incision de 15 centimètres de longueur sur la 8e côte à gauche, commençant à quatre travers de doigt des apophyses épineuses. Peau et tissu cellulaire sont décollés en haut et en bas. Incision de 8 centimètres suivant le 7e espace intercostal. Le grand dorsal, puis l'intercostal externe sont ouverts et la lèvre supérieure des masses musculaires est réclinée en haut. Le nerf intercostal découvert est saisi avec une pince de Kocher. Même manœuvre pour les 8e, 9e, 10e et 11e nerfs intercostaux qui sont tous découverts par la même incision cutanée, mais par des incisions musculaires différentes. Les cinq nerfs sont sectionnés en dehors des pinces, puis *tordus sans tractions, lentement*, à l'aide de pinces, de façon à ce que la rupture spontanée demande quatre à six minutes pour se produire. Pas de suture musculaire, mais suture de la peau aux agrafes de Michel.

A droite, et afin d'éviter les cinq incisions musculaire, on fait à six travers de doigt de la ligne des apophyses épineuses une incision verticale allant de la 7e à la 12e côte. L'incision est poussée jusqu'au gril costal, que l'on découvre à droite et à gauche, en réclinant les masses musculaires. Incision de 6 centimètres suivant le 7e espace intercostal ; l'intercostal sectionné est soulevé ; le nerf saisi avec une pince est sectionné en dehors. Même manœuvre pour les 8e et 9e nerfs intercostaux. Les 10e et 11e ne peuvent être découverts à cause de l'exagération de l'ensellure lombaire par le soulèvement des épaules sur des coussins. Les trois nerfs découverts sont tordus et rompus en cinq à six minutes, comme pour le côté gauche. Trois points de suture sur le grand dorsal. Réunion de la peau aux agrafes.

Suites opératoires normales.

Résultats analogues à ceux de l'opération précédente.

L'expérience de ces deux cas nous amène ainsi à apporter quelques modifications à la technique de Franke.

1° Aux incisions employées par Franke, nous préférons l'incision verticale unique, qui divise les masses musculaires suivant la direction de leurs fibres, et qui, en découvrant le gril costal, rend la recherche des nerfs intercostaux moins profonde, donc plus aisée ;

2° La position ventrale est bonne, mais on devra supprimer l'ensellure lombaire, en plaçant sous l'abdomen un fort coussin de sable, qui sera à l'opération de Franke ce que le billot de Mayo Robson est à l'opération de Kehr.

Et les résultats obtenus nous font considérer cette opération comme une intervention efficace, peu grave, à conseiller dans les crises gastriques intenses, rebelles aux traitements médicaux.

REVUE CLINIQUE

Un cas d'anaphylaxie à la suite d'injections chlorurées sodiques, par M. Léon Bernard.

L'étude des phénomènes d'anaphylaxie n'est pas tellement avancée, qu'elle ne doive enregistrer impartialement tous les faits observés, même s'ils sont exceptionnels et paraissent peu concordants avec les théories régnantes.

Dans cet esprit, nous désirons rapporter le cas suivant, que nous avons suivi avec notre confrère de l'armée, le Dr Lonette et qui ne laissera pas sans doute d'inspirer à ceux qui nous liront la même surprise qu'il nous a causée à nous-même.

A... M., âgé de dix-sept ans, est atteint au mois d'octobre 1910 de fièvre typhoïde, en même temps que ses trois frères. La maladie a évolué normalement, sans aucun indice de gravité ni complication ; mais après avoir terminé son cycle, montrant avec l'apyrexie les premiers signes de la convalescence, elle présente une rechute qui bientôt s'annonce plus sérieuse : le malade souffre de phénomènes intestinaux intenses et des menaces d'appendicite se déclarent.

Le 23 *novembre*, à la visite du matin, l'état général apparaît moins bon : le pouls est mou, irrégulier, mal frappé, aux environs de 76-88 ; la température, de 38°7, est tombée après le bain à 37°1. Je prescris une injection hypodermique de 0 gr. 05 de sulfate de spartéine et une autre de 100 centimètres cubes de sérum physiologique chloruré sodique.

Ces deux injections sont successivement pratiquées, la première à 11 heures du matin, au niveau du tiers moyen, face externe, de l'avant-bras droit ; elle passe, sans douleur immédiate ni consécutive. La seconde est faite à 11 h. 1/2, sur la partie antéro-externe gauche du thorax, au niveau du 10e espace intercostal, le malade accusant du fait de l'entérite une certaine sensibilité des hypocondres. Le sérum physiologique passe très lentement, et l'injection dure environ une heure.

A midi et demi, l'injection terminée, le malade repose de manière calme. A 1 h. 1/2 la température est de 38 degrés et le pouls donne 88.

A 2 h. 1/2, *donc deux heures après la fin de l'injection*, brusquement le malade accuse un malaise qui va croissant avec une rapidité foudroyante : une douleur se développe, qui devient bientôt extrêmement vive, irradiée autour de la piqûre faite au thorax pour l'injection de sérum ; en même temps, dans la même région, s'étend une rougeur diffuse pseudo-phlegmoneuse ; le malade pâlit ; les traits pincés, le visage anxieux, il est couvert de sueurs, dans un état syncopal, avec un pouls petit, filiforme ; la douleur lui arrache des cris, immobilise son thorax, semble suspendre la respiration et interdit le plus léger contact : on ne peut frôler la peau de la région atteinte sans provoquer un paroxysme douloureux.

A 4 heures, la dépression et l'angoisse du malade sont encore profondes, la douleur violente ; le jeune homme peut à peine parler à voix basse, le moindre mouvement augmentant sa souffrance ; la respiration est réduite au mode costal supérieur. A ce moment, la température atteint 40°5 ; le pouls a changé de caractère : il est redevenu plein et fort. Il n'y a eu ni diarrhée ni vomissements. On peut encore à peine explorer la région atteinte ; une rougeur diffuse accompagnée d'un léger œdème de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané part du point injecté et s'étend, en haut jusqu'au 2e ou 3e espace intercostal, en bas jusqu'à la région inguinale, et en largeur, de la ligne sternale, jusqu'à la ligne axillaire. La couleur est celle de l'érysipèle au centre et se dégrade vers la périphérie, où elle revêt un aspect morbilliforme.

Encore à ce moment le malade ne peut sans crier supporter le plus léger contact du doigt dans toute cette région, mais l'hyperesthésie est d'autant plus violente qu'on se rapproche du siège de l'injection.

Dans la soirée, les phénomènes s'amendent : la prostration diminue : la température est de 40°6, le pouls bat 116, bien frappé. La nuit est assez agitée. Le lendemain, il n'existe plus d'anxiété ; la température est descendue : la rougeur commence à diminuer, ainsi que la douleur : on peut promener le doigt, très doucement, sur la région intéressée, dont les limites rétrogradent. A partir de ce moment, les phénomènes s'éteignent progressivement : rougeur, douleur disparaissent petit à petit ; quatre jours après l'injection, il n'y avait plus trace des accidents observés.

Ajoutons que, par la suite, il ne s'est produit ni adénopathies, ni albuminurie, ni arthropathies ; la diurèse a augmenté et la rechute de dothiénentérie s'est assez rapidement et favorablement terminée.

Tels sont les phénomènes que nous avons observés sur notre malade. L'interprétation, au premier abord, n'en était pas aisée : il ne pouvait s'agir d'un phlegmon, car le développement presque immédiat après l'injection inoculatrice, cette évolution foudroyante, l'intensité soudaine des signes généraux et la violence insolite de la douleur, l'étalement en surface des phénomènes inflammatoires, tout écartait ce diagnostic, que devait définitivement ruiner la résolution spontanée et rapide.

L'hypothèse de perforation ou d'hémorragie intestinale, qu'inspirait l'état général du malade, ne pouvait en rien expliquer les phénomènes locaux d'une si haute importance : d'ailleurs, là encore, l'évolution ultérieure infirmait complètement cette supposition.

Au contraire, début aussitôt après l'injection, phénomènes locaux pseudo-phlegmoneux avec douleur d'une intensité et d'une qualité vraiment exceptionnelles, phénomènes généraux marqués par un état lipothymique, une chute brusque du pouls, une dyspnée, une angoisse respiratoire, réalisant un tableau dramatique ; évolution rapide avec rétrocession spontanée, complète et brève de tous ces accidents si impressionnants, n'était-ce pas là tous les éléments du phénomène d'Arthus, de l'anaphylaxie, que nous avions sous les yeux et que nous ne pouvions nous défendre d'évoquer, si imprévu et inexplicable que puisse nous apparaître ce diagnostic ?

C'est alors que, fouillant dans le passé du malade, nous apprîmes l'histoire suivante : Deux ans auparavant, ce jeune homme avait reçu une série de quinze injections de sérum marin isotonique ; commencées à 30 centimètres cubes, elles avaient été poussées jusqu'à 200, *à deux ou trois jours d'intervalle*, sans aucun incident. Mais, après un repos d'un mois environ, lorsqu'on voulut refaire une série d'injections, on fut arrêté dès la première, qui était de 100 centimètres cubes, par l'apparition immédiate d'accidents qui, pour être moins violents, se rapprochaient de ceux que nous venions de constater : fièvre, rougeur, empâtement et douleur violente de la région injectée (région fessière) ; les accidents ne durèrent, d'ailleurs en diminuant progressivement, que deux ou trois jours.

Dégagé de toutes les objections tirées des faits actuellement connus, le diagnostic d'anaphylaxie était singulièrement consolidé par cet antécédent. Nous fîmes alors une enquête sur la préparation de la solution que nous avions injectée et qui nous avait été livrée par une officine d'une probité insoupçonnable ; il s'agissait bien de solution chlorurée sodique au taux de 9 grammes pour 1.000 centimètres cubes, sans addition d'aucune autre substance. Donc ce liquide ne rappelait le sérum marin, inoculé deux ans auparavant, que par la présence du chlorure de sodium.

Nous avons cherché l'existence de faits analogues dans la littérature, aujourd'hui si richement documentée sur l'anaphylaxie, et nous n'en avons pas trouvé.

Par contre, nous n'ignorons nullement tout ce que l'interprétation que nous proposons contient de singulier à l'égard de nos connaissances actuelles sur l'anaphylaxie. C'est presque un article de foi, ou plus simplement une définition, que de circonscrire le déterminisme de ce phénomène aux substances albuminoïdes, ou d'une manière plus générale aux substances colloïdes. Les hypothèses pathogéniques qui tendent à expliquer actuellement l'anaphylaxie partent de ce fait que les substances anaphylactisantes sont exclusivement des substances albuminoïdes, des colloïdes. Ce serait donc non seulement apporter un fait entièrement nouveau, mais encore bouleverser les théories de l'anaphylaxie, que de prétendre à l'action anaphylactisante du chlorure de sodium : cela, nous le savons, et cependant quelle autre interprétation peut s'adapter au phénomène que nous avons observé ? Les faits doivent primer les théories, quitte à laisser celles-ci en suspens.

D'ailleurs, le professeur Richet n'a-t-il pas ouvert lui-même la porte de son domaine aux faits nouveaux et même contradictoires à ceux qu'il a si admirablement décrits, classés et limités ? « Peut-être, dit-il, quelque jour trouvera-t-on qu'il y a une légère anaphylaxie après injection de cristalloïdes. »

Au surplus, quelques substances cristalloïdes se sont déjà montrées capables d'imposer une exception à la règle : certains médicaments, tels que la quinine, l'antipyrine, l'iodoforme, l'iodure de potassium, substances cristallisables, provoquent des accidents qui ont été à bon droit attribués à l'anaphylaxie, comme l'ont démontré les expériences probantes de Bruck (1), de Klausner (2). Pour l'iodoforme, Bruck pense qu'il s'agit d'une anaphylaxie, indirecte en quelque sorte, produite par des substances protéiques dérivant de l'action de l'iode sur les protéiques de l'organisme.

Nous savons bien que, à notre interprétation, une objection pourrait être soulevée du fait que la substance déchaînante n'est pas absolument identique à la substance préparante, puisque celle-ci est du sérum marin et celle-là du sérum chloruré sodique simple. Seul le chlorure de sodium se retrouve dans les deux préparations. Mais des faits analogues ont été mentionnés. Les relations de la substance déchaînante et de la substance préparante sont encore obscures. Ch. Richet écrit : « La spécificité n'est pas absolue, autrement dit *la substance préparante et la substance déchaînante ne sont pas les mêmes*.. Quand donc on parle de la spécificité des réactions anaphylactiques, c'est qu'on n'a pas affaire à des produits purs, homogènes, mais bien plutôt à des mélanges. Il est évident que, quand on emploie le sérum de cheval, on a un produit extrêmement complexe... Tout nous autorise à admettre que le pouvoir sensibilisateur (ou préparant) et le pouvoir déchaînant appartiennent à deux groupements albuminoïdes ou albumoïdes voisins, mais non identiques. » (Ch. Richet, *L'anaphylaxie*, p. 114.) En appliquant à l'eau de mer cette notion du pouvoir préparant appartenant à un mélange et en acceptant pour une substance cristalloïde faisant partie de ce mélange le pouvoir déchaînant, ne pourrait-on pas alors comprendre le lien des phénomènes observés par nous et le rôle du chlorure de sodium ?

D'autre part, la doctrine de la non-spécificité absolue de l'anaphylaxie s'enrichit chaque jour de faits nouveaux, qui prouvent que le phénomène peut se développer entre des substances voisines. C'est ainsi que Klausner (1) a montré que l'hypersensibilité à l'antipyrine peut, chez le même sujet, s'étendre à la salipyrine, au pyramidon, et au groupe entier des pyrazolones, ou n'exister que pour l'antipyrine seule. M. Cruveilhier (2) a confirmé récemment quelques-unes de ces expériences.

Dans un ordre d'idées analogues, Richet rapporte que Wells a pu injecter comme antigène anaphylactisant une substance cristalloïde, extraite de l'albumine. Et Richet ajoute : « Il ne faut rien préjuger des surprises que nous réserve l'avenir... Un jour peut-être on en trouvera d'autres (des substances cristalloïdes), de nature non albuminoïde, et cependant aptes à développer des antitoxines et des toxogénines. »

C'est à l'abri de cette formule, d'un si large libéralisme scientifique, que nous avons pensé pouvoir présenter notre observation et l'interprétation qui s'est imposée à notre esprit, en dépit de son caractère quelque peu révolutionnaire.

(1) BRUCK. *Berlin. klin. Wochenschr.*, 17 octobre 1910.
(2) KLAUSNER. *Münch. med. Wochenschr.*, 5 juillet 1910 ; 20 septembre 1910.

(1) KLAUSNER. *Münch. med. Woch.*, 17 janvier 1911.
(2) CRUVEILHIER. *Soc. Biol.*, 29 juillet 1911.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Traitement des Méningites aiguës par la dilution du liquide céphalo-rachidien au moyen d'injections multiples du liquide rachidien artificiel, par M. le Dr Henri ABOULKER, Chef du Service oto-rhino-laryngologique, Alger.

Dans le traitement des méningites aiguës, la ponction lombaire agit : 1° en permettant l'injection de substances curatives, c'est l'action thérapeutique ; 2° en supprimant une certaine quantité d'éléments infectieux et toxiques, c'est l'action préventive.

Il est admis que les ponctions répétées contribuent à la guérison des méningites aiguës. Si une ponction qui évacue 10 centimètres cubes de liquide méningé supprime une quantité appréciable d'éléments infectieux et toxiques, on est en droit de rechercher le moyen d'étendre cette action préventive. Le plus simple consiste à multiplier les ponctions et à faire le plus grand nombre possible d'évacuations dans la même séance. Pour ne pas modifier l'équilibre de l'axe cérébro-spinal, il semble théoriquement suffisant de remplacer le liquide aspiré par une quantité égale de liquide injecté immédiatement et réalisant la composition du liquide céphalo-rachidien normal. Le meilleur sera le liquide céphalo-rachidien artificiel stérilisé et tiède. L'aiguille restant en place, par aspirations et injections successives, on dilue progressivement le liquide septique et l'on peut pousser théoriquement cette dilution jusqu'à obtenir un liquide méningé ramené très près de la normale. Si, par exemple, on pratique 20 aspirations en une séance, on n'aura fait qu'exécuter pour ainsi dire en dix minutes le traitement qui est fait d'ordinaire en dix jours. Les conditions physiques et chimiques principales, qui commandent l'équilibre de l'axe cérébro-spinal, n'étant pas sensiblement modifiées, ce traitement paraît permis, et semble même théoriquement devoir être un adjuvant appréciable du traitement classique. La dernière aspiration de liquide céphalo-rachidien ferait place à l'injection d'électrargol ou de sérum et, suivant les indications fournies par l'évolution de la maladie, les bains chauds, les médications de l'état général, le traitement de la porte d'entrée (désinfection du pharynx, des fosses nasales, des sinus, de l'oreille) trouveraient leur application suivant les règles classiques.

Cette méthode des *dilutions successives et progressives du liquide méningé* me paraît indiquée :

1° Dans toutes les méningites aiguës :

2° Dans les hémorragies méningées dans lesquelles l'action toxique de l'absorption du sang épanché est à redouter.

Je sais bien que l'infection du liquide céphalo-rachidien ne constitue pas à elle seule la méningite. Elle n'en est qu'un des symptômes, un des signaux avertisseurs de l'état de la surface arachnoïdo-pie-mérienne. Mais ce liquide septique infecté incessamment par le contact avec les méninges enflammées réagit à son tour sur elles et sur l'organisme entier.

Le liquide de méningite dilué ne restera pas sans doute longtemps dans le même état d'asepsie relative. Son pouvoir infectieux et toxique tendra rapidement à s'élever à nouveau. L'expérience fixerait l'opportunité d'une nouvelle séance de dilution à faire le même jour on les jours suivants. En tout cas, le cerveau, la moelle et l'organisme tout entier auront été soustraits à l'action des éléments infectieux et toxiques du liquide pathologique pendant une temps appréciable, durant lequel les forces défensives locales et générales de l'organisme réagiront plus facilement et avec plus d'efficacité.

REVUE DE PHYSIOLOGIE

Contribution à l'étude des voies d'absorption péritonéale, par MM. A. Le Play et S. E. May.

L'étude des voies par lesquelles s'effectue l'absorption dans le péritoine a, comme on peut s'en rendre compte par les nombreuses recherches publiées à ce sujet, provoqué de vives discussions. Plusieurs théories sont, en effet, en présence : théorie vasculaire sanguine, théorie lymphatique, opinion mixte.

Les Hunters furent les premiers à combattre, au milieu du XVIIIe siècle, la théorie de l'absorption par les veines, admise jusque-là ; ils attribuèrent le rôle dans cet acte aux lymphatiques. On sait avec quel acharnement, poussé jusqu'à un exclusivisme absolu, Magendie, plus tard, défendit la théorie de l'absorption veineuse.

Plus récemment, des controverses ont été encore soulevées à propos de cette question. Les uns, avec Meltzer et Adler, insistent sur la prépondérance du rôle lymphatique ; les autres, avec Starling et Tubby, Cohnstein, Hamburger, Mendel, se font les défenseurs de l'absorption veineuse.

Comme suite à nos recherches précédentes (1), en présence de cette discussion pathogénique, nous avons repris ces expériences sur le chien.

Dans ce but, nous avons pratiqué, d'une part, une fistule du canal thoracique, et, d'autre part, une double fistule urétérale, avec cathétérisme des uretères, au moyen d'une sonde en gutta-percha, de calibre très fin, introduite jusqu'au bassinet. Nous avons injecté, dans la cavité péritonéale, 40 cent. cubes d'une solution salée physiologique, colorée à l'indigo-carmin.

Nous avons observé le passage du liquide coloré, au bout de 19 minutes, par le rein droit, 26 minutes, par le rein gauche, et 37 minutes seulement, et en moindre abondance, par le canal lymphatique.

Cette expérience, en nous ayant permis de recueillir, d'une part, la lymphe, directement dans le canal thoracique, et, d'autre part, l'urine, immédiatement à sa sortie du rein, confirme dont nettement l'opinion de Hamburger et des derniers auteurs.

En conclusion, la pathogénie de l'absorption péritonéale des liquides aqueux est mixte : elle se fait à la fois par le système lymphatique et sanguin. mais l'absorption par l'appareil veineux est de beaucoup la plus marquée.

(*Soc. de Biologie.*)

(1) A. Le Play et May. *Comptes rendus de la Soc. de Biologie*, 22 juillet et 21 octobre 1911.

REVUE D'HYDROLOGIE

La chaire d'hydrologie.

Au cours de la discussion du budget de l'Instruction publique qui vient d'avoir lieu à la Chambre, M. Louis Barthou est intervenu pour demander, au nom des stations thermales françaises, la création de cette chaire, qui permettrait de lutter efficacement contre la concurrence des stations allemandes.

Renchérissant sur les raisons que venait de faire valoir son collègue, M. Georges Leygues, ancien ministre de l'Instruction publique, a apporté, à son tour, des arguments péremptoires :

« La création d'une chaire d'hydrologie s'impose pour deux raisons. La première, c'est que l'absence de cet enseignement crée une lacune sur laquelle il est inutile d'insister. Comment, en effet, un médecin peut-il indiquer à ses malades l'eau qui leur convient, s'il n'en connaît pas les propriétés ? Or, sauf à la Faculté de Toulouse, où une chaire de ce genre a été créée, grâce au concours des Conseils généraux de l'Ariège et de la Haute-Garonne, il n'en existe nulle part en France. De sorte que des médecins, frais émoulus de nos facultés, des étrangers, venus chez nous pour apprendre la médecine, partent, ignorants des richesses thermales de notre pays.

« Nous demandons donc à M. le ministre de l'Instruction publique d'accepter l'offre du Syndicat des eaux minérales françaises.

« Il y a d'ailleurs des précédents. Dans l'Est, l'initiative des brasseurs a créé une chaire de brasserie à la Faculté de Nancy ; à Dijon, à Bordeaux, on a créé, de même, des chaires d'œnologie ; à Lyon, une chaire de tannerie ; à Grenoble, une chaire d'enseignement technique de la papeterie.

« L'Etat a, dans tous les cas, accepté avec reconnaissance l'offre qu'on lui faisait. Pourquoi n'en serait-il pas de même cette fois ?

« On me dit : « Mais, après les douze ans, que « ferez-vous ? » Eh bien, ou la chaire aura rendu des services, et vous la garderez, ou l'expérience aura démontré son inutilité, et vous la supprimerez. Je sais que vous êtes obligé de consulter la Faculté de médecine, que vous l'avez déjà consultée, mais qu'elle ne vous a pas encore répondu.

« Je vous demande de la presser. MM. Armand Gautier, Robin, Moureux, Garrigou et bien d'autres savants qui font autorité en la matière réclament la création de cette chaire. Je prie M. le ministre de nous dire qu'il l'accepte en principe, c'est-à-dire qu'en octobre prochain elle sera ouverte et fonctionnera à la rentrée des cours. »

La réponse du ministre, sans être absolument affirmative et plutôt malgré quelques restrictions qui n'enlèvent rien à sa netteté, a donné satisfaction à MM. Leygues et Barthou, qui ont pris acte de la promesse qu'elle contenait.

« Vous n'ignorez pas que je dois consulter le Conseil de l'Université. D'autre part, il y a des responsabilités financières que nous ne pouvons assumer que si les engagements correspondants ont été pris. Jusqu'ici, par exemple, il était de jurisprudence que les engagements devaient être pris pour trente ans. Toutefois, je pense que l'expérience de douze ans serait décisive.

Je prends donc ici un engagement très précis : inviter le Conseil de la Faculté de Médecine à me donner son avis dans le délai le plus bref possible. Aussitôt cet avis reçu, je le transmettrai au Conseil de l'Université. »

CARNET DU PRATICIEN

Traitement de la gale chez les jeunes enfants

Donner le soir nn bain additionné de 10 à 20 gr. de carbonate de potasse et, dans ce bain, savonner avec un mélange de :

Savon blanc	17 grammes
Sulfure de potasse	8 —
Huile d'olive	6 —
Huile de thym	0 gr. 80

Sécher et frictionner avec :

Huile de camomille camphrée	100 grammes
Onguent styrax	20 —
Baume du Pérou	5 —

que l'enfant conserve snr sa peau toute la nuit.

Bain savonneux le lendemain.

Les jours suivants frictionner avec la pommade :

Soufre précipité	1 gramme
Borate de soude	2 —
Vaseline	15 —
Lanoline	15 —
Oxyde de zinc	10 —

et donner nn bain d'amidon.

Assez fréquemment la gale détermine de l'eczéma ou de l'impétigo que l'on traitera par des applications de Baume du Pérou très dilné (5 à 10 0/0) dans l'huile d'olive ou par des onctions de pommade :

Soufre précipité	25 grammes
Carbonate de soude	2 —
Glycérolé d'amidon	25 —
Huile de Cade	5 —

Les bains d'amidon étant continués.

Dr Gastou.

Hérédo-syphilis du nouveau-né

Alimentation au sein de la mère.

Laver les syphilides avec des solutions de sublimé à 1 p. 4000 ou à l'eau oxygénée coupée d'eau. Saupoudrer ensuite avec :

Oxyde de zinc	5 grammes
Sous nitrate de bismuth	10 —
Talc	20 —

Ou enduire avec l'une des pommades :

Sous-nitrate de bismuth	4 grammes
Oxyde de zinc	5 —
Vaseline	25 —
Lanoline	25 —

Ou bien :

Calomel	1 gramme
Vaseline	30 —

Ou bien :

Oxyde jaune de mercure	0 gr. 50
Vaseline	20 grammes

Si les lésions cutanées s'étendent, toucher légèrement avec la solution de nitrate d'argent à 1/20 ou 1/.0.

Laver soigneusement les narines et mettre deux ou trois fois par jour 4 ou 5 gouttes de la solution :

Eau oxygénée à 12 vol.	1 partie
Eau stérilisée	5 parties

Le soir, placer dans les narines un peu de la pommade au calomel à 1/10.

Comme traitement général, liqueur de Van Swieten, 30 gouttes en trois fois. Chez le nouveau-né, commencer par 2 gouttes trois fois par jour et augmenter jusqu'à 10 trois fois par jour.

En cas d'intolérance, frictions à l'onguent mercuriel, simple ou double. Rudeaux.

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 17.500 exemplaires
Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 35, rue J.-J. Rousseau
Le Gérant : Docteur Lucien Graux.

VILLES DE SAISON

CE QUI SE PASSE

A l'Académie.

Dans sa dernière réunion, l'Académie de Médecine a renvoyé à l'examen de sa Commission des eaux minérales :

1° Des demandes d'autorisation pour des sources dites « la Maravilla », à Coslada (Espagne), et « Pa-lazzola », à San Pellegrino (Italie);

2° Des demandes des Conseils municipaux des villes de Chamonix et de Dax, en vue de leur érection en stations hydrominérales et climatiques et de l'institution de chambres d'industrie thermale, conformément aux dispositions de l'article 1er de la loi du 13 avril 1910.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

La Surdité, moyen d'y remédier par la Lecture sur les lèvres (1), par Et. Boudin, professeur à l'Institut national des Sourds-Muets de Paris. Préface de M. le Dr H. Vergniaud (A. Maloine).

Le moyen de remédier à la surdité par la lecture sur les lèvres, est une application de cette science nouvelle, la phonétique, en ce qu'elle a trait à la physiologie et à l'étude des éléments de la parole. Ce n'est donc pas une de ces découvertes merveilleuses, ni de ces inventions ingénieuses, comme on en doit tant aux recherches faites pour rendre l'ouïe aux sourds et dont certaines relèvent plus du charlatanisme que de la science acoustique.

Basée sur l'analyse des mouvements apparents des organes buccaux, des contractions musculaires de la face et du jeu de la physionomie dans l'émission du langage parlé, la lecture sur les lèvres consiste à comprendre avec les yeux ce que l'oreille a cessé d'entendre. Cette faculté rentre donc dans la loi commune de la suppléance physiologique et mentale, laquelle prédispose les sens à remplir des fonctions pour lesquelles ils ne semblaient pas préparés et à interpréter des impressions qui échappent aux profanes, c'est-à-dire à quiconque n'est pas habitué à les recueillir.

Ce phénomène instinctif et naturel de l'activité organo-psychologique de l'homme naît chez le sourd de son infirmité même et son action, stimulée par le besoin, est susceptible d'être portée à un haut degré de perfection par des procédés simples et pratiques qui rendent accessible à tous les sourds, la faculté de comprendre la parole aux mouvements des lèvres.

C'est cette question de suppléance visuelle, qui intéresse un si grand nombre de déshérités de l'ouïe, que traite M. Et. Boudin, non avec la prétention de faire œuvre scientifique, mais d'apporter une simple documentation de vulgarisation de pédagogie physio-psychologique, en relatant à l'appui d'une méthode rationnelle et facile, quantité de remarques théoriques et de conseils pratiques, résultat d'une longue expérience et de patientes et laborieuses observations.

Malgré le titre para-médical de l'ouvrage, ce moyen de remédier à la surdité ne relève nullement de la médecine et encore moins se met-il en opposition avec elle. L'auteur prend même soin, rendant ainsi un juste hommage aux progrès considérables réalisés depuis quelques années par la science oto-rhino-laryngologique, de recommander avec instance aux sourds de faire, dès l'apparition du mal et avant toute chose, appel aux soins éclairés d'un spécialiste des maladies de l'oreille, de la gorge et du nez. Ainsi, loin de mettre son intervention en concurrence avec celle de la médecine, le professeur de lecture sur les lèvres se fait, au contraire, l'auxiliaire du médecin, et seulement à l'heure où la surdité cesse d'être une maladie relevant de la thérapeutique pour devenir une infirmité avec laquelle le sourd est contraint de vivre, mais alors le moins mal possible, grâce à la *lecture sur les lèvres*.

Délires des enfants, par J. Vinchon (Rousset).

Frappé de la pénurie de renseignements relatifs aux délires des enfants, d'ailleurs assez rares, M. le Dr J. Vinchon a dépouillé patiemment les 1.500 dossiers de la colonie de Vaucluse; il en a retenu 96, mais pour 51 petits malades seulement il a pu poursuivre une enquête attentive, dans la colonie même, dans les services où ils avaient été transférés, dans la vie civile à laquelle ils avaient été rendus. — C'est donc une contribution importante à l'étude clinique et pronostique de ces délires.

L'auteur groupe ses observations en un certain nombre de chapitres: « Délires guéris », « Psychoses périodiques », « Psychoses chroniques », « Démences précoces ». Tous sont écrits avec un souci évident de sincérité et de clarté. Qu'en faut-il conclure ?

Tout d'abord, la plupart de ces enfants, comme il fallait s'y attendre, sont des héréditaires; c'est ainsi que chez les 22 malades débiles observés dans le chapitre des « Délires guéris », l'hérédité est directe et double, 9 fois; 7 fois elle est directe, paternelle ou maternelle; dans 11 cas, les grands parents sont touchés; l'étude des observations suivantes confirme cette impression. Quant aux antécédents personnels au moment de la vie fœtale, de l'accouchement, de la première enfance, ils paraissent se retrouver de préférence dans les formes qui évolueront vers l'affaiblissement des facultés.

Après l'hérédité, ce sera l'alcoolisme qu'il faudra retenir le plus souvent: 45 0/0 des malades guéris s'étaient livrés à des excès alcooliques, la plupart d'entre eux n'avaient pas 15 ans! Aussi les hallucinations étaient-elles très fréquentes et très riches, impressionnant tous les sens et la sensibilité générale.

Cinq cas seulement de psychoses périodiques, six cas de psychoses chroniques, ne permettent pas de généralisations assez sûres : tous ces malades sont des héréditaires.

Des observations consacrées aux malades qui évoluent vers l'affaiblissement des facultés intellectuelles, M. le Dr J. Vinchon retient « combien le fait banal de l'hérédité convergente apparaît comme évident »; puis l'auteur s'élève contre la théorie classique basée sur la statistique d'Aschaffenburg, que la plupart de ces malades ont eu une enfance brillante et pleine de promesses « plus de la moitié sont, d'après nos recherches, des débiles incontestables ».

Chez tous les enfants étudiés par l'auteur, les émotions, mais plus encore les intoxications et les infections ont joué un rôle étiologique important.

Au point de vue du pronostic les conclusions de cette étude sont assez sombres : 37 0/00 ont guéri, mais 14 0/00 seulement ont pû être rendus définitivement à la vie sociale.

Les antécédents personnels, nous l'avons dit, lors de la vie fœtale, au cours de l'accouchement, pendant la première enfance, sont autant d'éléments qui l'assombrissent; les hallucinations qui n'ont pas une cause toxique évident, sont un symptôme très grave; dans certaines psychoses chroniques, la constatation d'une constitution délirante personnelle, est fâcheuse : en revanche, le mode de début du délire est indifférent, les troubles nerveux, chorée, hystérie, n'influeraient pas sur le pronostic.

L'ouvrage de M. le Dr J. Vinchon est donc bien, comme il l'a désiré, une contribution clinique et thérapeutique importante à l'étude des délires d'enfants. Avec un sens critique avisé, il a su choisir et mettre en lumière des documents cliniques importants. Nul doute qu'il ne soit repris et continué, il n'en aura pas moins ouvert une voie qu'il conviendra de poursuivre et pour laquelle il demeurera un guide précieux.

A. Fillassier.

Propriétés biochimiques naturelles et acquises du sang, par M. A. Saint-Sernin, pharmacien de 1re Classe.

Ce très remarquable article de M. Saint-Sernin que nous avons publié sous ce titre dans notre numéro du 15 novembre 1911 était extrait, pour la partie en caractères romains, des *Archives de Médecine et de Pharmacie navales*, recueil publié par ordre du Ministre de la Marine et édité par la Librairie O. Doin.

(1) Volume 28 gravures : 3 francs.

ÉCHOS

L'hygiène à l'école.

Une heureuse innovation, en ce qui concerne la santé des écoliers des écoles de Paris du XVIe arrondissement, vient d'être réalisée par MM. les docteurs Laurand, Rafinesque et Raymond, et par M. Pizon, maire-adjoint. Ces amis de l'enfance scolaire, pour lutter contre la saleté de la chevelure des élèves, font distribuer aux écoliers, et notamment à ceux qui ont des poux ou des lentes, la note suivante :

« La présence des poux et de leurs œufs dans la chevelure des enfants constitue une affection contagieuse, malpropre, toujours malsaine et parfois dangereuse.

« Elle est répugnante et cause aux enfants bien tenus, qu'elle risque de contagionner, une répulsion légitime et justifiée. Elle entraîne fréquemment des lésions du cuir chevelu (eczéma, gourme, ulcérations, engorgement des glandes, abcès...). Elle peut causer par ses complications des infections profondes et même amener des maladies graves. Elle engendre en tout cas, à la longue, des troubles de la santé générale, contrairement au préjugé absurde qui en fait une cause de santé.

« La destruction des parasites et de leurs œufs est donc indispensable; elle est facile. Elle est une obligation pour les parents conscients de leurs devoirs vis-à-vis de leurs enfants.

« Les élèves, chez lesquels cette mesure de propreté ne serait pas observée, ne pourraient être conservés à l'école.

« Pour détruire les poux, il suffit d'imbiber abondamment les cheveux avec un mélange par parties égales d'huile d'olive et de pétrole ordinaire (non pas d'essence); puis le lendemain faire un savonnage de la tête avec le savon noir. Les œufs ou lentes qui restent adhérents à la chevelure seront alors enlevés en peignant soigneusement les cheveux à plusieurs reprises avec un peigne fin largement et fréquemment trempé dans du vinaigre ordinaire chaud. Il sera utile ensuite, tous les huit jours, de savonner la tête des enfants, puis de lotionner les cheveux avec de l'alcool camphré.

« Naturellement tous les enfants d'une même famille devront être débarrassés en même temps de leurs parasites. »

La consommation de l'alcool en 1910.

Le ministère des Finances vient de dresser la statistique de la production et de la consommation des alcools pendant l'année dernière. Les quantités mentionnées se rapportent à l'alcool pur.

Il résulte de cette statistique que la consommation alcoolique ne cesse de croître. Elle dépasse en 1910 de 110.000 hectolitres d'alcool pur ce qu'elle était en 1907. L'augmentation en quatre ans est voisine de 10 0/0. Et il ne s'agit ici que de la consommation imposée. Or, il faudrait aux chiffres précédents ajouter les quantités d'alcool consommées chez les bouilleurs de cru.

Quoi qu'il en soit, la quantité moyenne de la consommation alcoolique imposée représente, pour l'an dernier, 3 l. 59 d'alcool pur par habitant, au lieu de 3 l. 46 en 1909, de 3 l. 44 en 1908, de 3 l. 31 en 1907.

Les départements où l'alcoolisme sévit avec le plus de force se rangent dans l'ordre suivant, d'après leur consommation moyenne imposée par habitant : Seine-Inférieure, 12 l. 11; Calvados, 9 l. 38; Somme, 9 l. 36; Eure, 9 litres; Pas-de-Calais, 8 l. 44; Oise, 7 l. 92; Manche, 7 l. 28; Eure-et-Loir, 7 l. 15; Aisne, 6 l. 71; Mayenne, 6 l. 37; Orne, 6 l. 27; Côtes-du-Nord, 5 l. 64; Finistère et Ille-et-Vilaine, 5 l. 46; Seine-et-Oise, 5 l. 18; Sarthe, 4 l. 80; Ardennes, 4 l. 77; Nord, 4 l. 51; Seine-et-Marne, 4 l. 43; Marne, 4 l. 34; Seine, 4 l. 25.

Dans les autres départements, la consommation moyenne est inférieure à 4 litres. Elle n'est que de 0 l. 70 dans le Gers, 0 l. 81 dans les Landes, 0 l. 84 dans la Corrèze, 0 l. 85 dans la Vendée, 0 l. 88 en Lot-et-Garonne, 0 l. 92 dans le Lot, 0 l. 95 en Dordogne, 1 l. 01 en Tarn-et-Garonne.

En ce qui concerne la différence de consommation des villes et des campagnes, la moyenne serait, par habitant, de 2 l. 97 dans les campagnes et de 4 litres 96 dans les villes.

Quand donc aura-t-on le courage d'enrayer ce fléau?

Epizootie méningococcique.

Elle s'observe actuellement au nord-ouest de la Saône-et-Loire et sévit sur les chevaux dans les sécrétions desquels on a découvert le bacille de la méningite cérébro-spinale.

On ne l'avait pas encore observée en France; mais elle était déjà connue en Angleterre, en Amérique et en Allemagne où elle se montra particulièrement meurtrière.

Il serait intéressant de savoir si on a essayé le sérum de Dopter et ce qu'il a donné.

Conférences de syphiligraphie.

Le Dr Leredde fera, pendant le mois de décembre, une série de conférences sur la syphiligraphie.

Ces conférences ont lieu le dimanche matin, à 10 h. 1/2, à sa maison de santé, 31, rue de La Boétie, Paris.

Programme. — Dimanche, 3 décembre 1911, technique des injections du 606; 10 décembre, les accidents du 606; 17 décembre, la réaction de Wassermann; 24 décembre, la stérilisation de la syphilis.

Ces conférences sont gratuites, mais on est prié de se faire inscrire à l'avance, en écrivant : 31, rue de La Boétie, Paris. Un cours régulier commencera en janvier 1912.

82e Année (Série XIIIe) — N° 123 | Le Numéro : 25 Centimes | Mercredi 6 Décembre 1911

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
9, Rue Denis-Poisson, PARIS
TÉLÉPHONE : 573-40

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale........ 15 fr.
Edition Espagnole ... 10 fr.
Edition Portugaise.... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

ÉCHOS

Nos amis

Nous avons vu avec la plus grande satisfaction, les nominations dans la Légion d'Honneur de nos amis les Drs Calot, Cathelin, Grunberg, comme chevaliers, [illegible] de la Carrière, comme officier. Nos cordiales félicitations.

— La maison Delamotte, fondée en 1789, la plus ancienne fabrique d'instruments de chirurgie en gomme et caoutchouc, mondialement connue pour ses sondes et bougies, vient d'être *choisie* par l'Assistance Publique pour la fourniture de tous ses établissements et hôpitaux, non après une simple adjudication au rabais mais au choix après concours, examens et essais comparatifs faits par une commission de docteurs et experts des hôpitaux. Toutes nos félicitations à notre ami Plisson, son distingué propriétaire directeur, qui a modernisé et perfectionné cette fabrication, a ohtenu dans toutes les expositions des grands prix et a été nommé membre du Jury.

ÉCHOS

Société internationale de la Tuberculose.

Dans sa dernière séance, la Société Internationale de la Tuberculose a distribué les prix suivants : 2e prix. M. le Dr P. Barbier, de Paris; 3e prix. M. le Dr J. Chabas. de Valencia; médaille d'or, MM. les Drs Dubé, de Montréal et Gagnière, de Vaulx-Milieu; médaille d'argent, MM. les Drs Binet, de Nancy et E. Fabri, de Terny (Italie).

Un nouveau concours aura lieu en 1912.

Tout médecin qui voudrait faire partie de la Société Internationale de la Tuberculose, devra adresser sa lettre de candidature à M. le Dr G. Petit, secrétaire, 51, rue du Rocher, Paris.

Assemblée générale du Syndicat des médecins de la Seine.

L'Assemblée générale a eu à s'occuper de deux importantes questions : les causes du ralentissement dans la répression de l'exercice illégal de la médecine et l'interprétation abusive de la loi de 1895 sur les sérums par le parquet de la Seine.

Dans un excellent rapport, M. Levassort, directeur du Service de répression de l'exercice illégal du Syndicat, a développé les diverses raisons qui rendent sa tâche toujours plus difficile :

1° L'habileté procédurière croissante des illégaux qui s'appliquent à entraîner le Syndicat dans le mâquis judiciaire;

2° La lenteur des instructions dont l'une, visant une entreprise considérable, dure depuis trois ans sans que l'affaire soit sortie du rôle;

3° La tendance de l'instruction à multiplier des expertises coûteuses dont les frais parfois très élevés ne sont pas toujours remboursés au Syndicat.

Quant à la question des sérums, M. Levassort a rappelé les poursuites dont a été l'objet le Dr L..., membre du Syndicat, pour avoir employé dans le traitement de la tuberculose un mélange de trois sérums *autorisés*.

Acquitté, grâce au concours du Syndicat de la Seine, en première instance, en appel, le Parquet a déféré l'arrêt à la Cour de Cassation qui l'a cassé et renvoyé le Dr L... devant la Cour d'appel de Rouen.

L'Assemblée générale a décidé que le Syndicat soutiendrait à Rouen la cause du Dr L... qui devient la cause du corps médical tout entier, dont la Cour de Cassation, dans son arrêt du 28 juillet dernier, a restreint le droit de prescrire, de traiter et d'expérimenter.

Le bureau pour 1912. est ainsi constitué :

Président : M. Bellencontre. Vice-présidents : MM. Vimont et Levassort. Secrétaire général : M. Tourtourat. Secrétaire général adjoint : M. Lamare. Secrétaire des sections : MM. Pamart. Bongrand et Toledano. Trésorier : M. Saltas. Directeur des Accidents du Travail : M. de Lauradour. Directeur des Recouvrements et Contentieux : M. Quidet. Directeurs de l'Exercice illégal : MM. Armand Lévy et Patry.

Pyuries.

Les pyuries ne résistent pas au traitement nouveau : le Pagéol non toxique et d'une puissance de désinfection formidable. Les résultats sont très rapides et facilement contrôlables. Sous son action les urines s'éclaircissent et ne contiennent plus de microbes. Les mictions cessent d'être douloureuses et deviennent moins fréquentes.

La cession gratuite de l'opium est punissable.

Un arrêt de la Cour de cassation du 28 juillet 1911 a affirmé la légalité de la disposition de l'article 8 du décret du 1er octobre 1908 qui prohibe, sous la sanction des peines édictées par la loi du 19 juillet 1845, la cession de l'opium même à titre gratuit.

Doit être annulé pour insuffisance de motifs l'arrêt qui condamne le prévenu pour cession d'opium à titre gratuit, sans préciser que les personnes auxquelles cette substance a été remise n'étaient pas de celles à qui la fourniture pouvait être faite, et que l'opium leur avait été cédé pour un emploi autre que l'un de ceux qui sont spécifiés par le décret.

Musée médical.

La ville de Vienne va organiser, sous la direction d'un Comité spécial et avec l'appui du Gouvernement autrichien, un Musée médical permanent.

Ce musée comprendra un département médico-hygiénique divisé en deux sections. La première section comprendra toutes choses ayant trait à la médecine et à la chirurgie, appareils et instruments de laboratoires médicaux et pharmaceutiques, une vaste exposition de remèdes secrets et de spécialités avec indication de l'analyse chimique de ces produits.

La seconde partie est destinée aux choses de l'hygiène et comprendra une exposition d'appareils, modèles et plans. etc., relatifs à l'approvisionnement en eau potable. à l'éloignement des résidus ménagers, à l'analyse des aliments et à la surveillance des denrées. à la lutte contre les maladies infectieuses. aux premiers secours. etc.

Tous les médecins sont invités à concourir à la réussite de cette exposition permanente.

Un Comité sera chargé d'opérer la sélection parmi les objets envoyés.

Chanteur et médecin.

Dernièrement, au grand théâtre de Marseille. la danseuse-étoile ayant fait une chute au cours du ballet du dernier tableau, gémissait douloureusement dans sa loge, l'épaule foulée; le médecin de service étant parti dès le rideau baissé, chacun était perplexe, lorsqu'on se souvint que le baryton Carbelly, qui venait de chanter le rôle d'Hérode dans *Hérodiade*, était docteur en médecine; relancé dans sa loge, il ne tarda pas à venir, en peignoir et grimé, apporter à la gracieuse camarade les secours de l'art et un soulagement rapide de ses souffrances. Voilà qui va réjouir en leur séjour élyséen les mânes du médecin marseillais Pirondi, qui était si heureux de rappeler ses succès de chanteur et qui, jadis, après avoir été applaudi dans les salons et avoir eu la Malibran pour partenaire, faillit quitter la médecine pour un brillant engagement à l'Opéra de Londres.

Chasse et médecine.

Les mauvais plaisants, ou plutôt ceux dont l'ironie retarde, restent convaincus de l'indifférence du médecin envers le sport cynégétique. Le médecin n'a pas besoin d'arme à feu pour... faisons grâce du reste.

Les Allemands estiment, au contraire, que le médecin est un passionné de la chasse, témoin l'originale annonce suivante cueillie dans un journal de sport tudesque :

« Un médecin de notoriété reconnue en gynécologie aura le droit de tirer un cerf bien gras, dans mes réserves; en échange, il devra établir le diagnostic exact de la maladie dont souffre ma femme. Ecrire à... »

L'offre d'honoraires en nature est aussi originale que le genre de gibier mis à la portée du fusil médical.

Nos annonces.

Nous engageons ceux de nos lecteurs qui voudraient expérimenter les produits annoncés dans ce numéro à écrire aux divers spécialistes, en découpant leurs annonces.

LE Grand Appareil plâtré du Membre inférieur

INDICATIONS ET TECHNIQUE

Par le Dr J. PRIVAT
Assistant à Paris du Docteur Calot de Berck

I. Indications

Cet appareil s'étend de l'ombilic aux orteils, il est circulaire (fig. 1 et 2). Il se

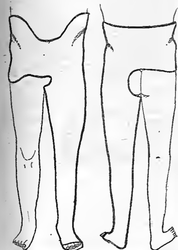


Fig. 1. — Grand appareil du membre inférieur (vue antérieure). Fig. 2. — Grand appareil du membre inférieur (vue postérieure).

recommande par sa technique fort simple et qui convient à des cas multiples.

S'étendant de l'ombilic aux orteils, il est le seul qui permette, soit d'immobiliser d'une

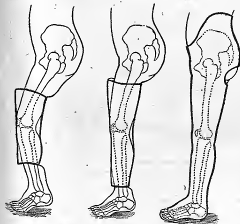


Fig. 3. — Genouillère trop courte. Les parties molles, en se déprimant, permettent la flexion du genou. Fig. 4. — Appareil plus long, mais permettant encore une flexion assez marquée du genou. Fig. 5. — Grand appareil enfermant les articulations sus et sous-jacentes et rendant la flexion impossible.

manière rigoureuse l'articulation de la hanche ou celle du genou, soit d'exercer une traction continue sur le fémur.

Il faut donc l'employer chaque fois que l'on veut :

1° Immobiliser la hanche (coxalgie, luxation congénitale). En effet, si on utilise un appareil de dimensions plus restreintes, par exemple laissant le pied et *a fortiori* le genou libres, le membre pourra tourner dans sa gaine de plâtre et les articulations effectuer des mouvements de rotation.

2°) Immobiliser le genou (tumeur blanche, genu-valgum, genu-varum). En effet, les appareils plus courts, dits genouillères, sont complètement impuissants à empêcher les mouvements de l'articulation, comme le montrent nettement les figures 3, 4 et 5.

3°) Exercer une traction continue (coxalgie à la période d'état, tumeur blanche du genou, fracture du fémur). Cette traction est possible grâce d'une part à la plaque de contre-extension fournie par le dos du pied placé à angle droit et d'autre part à l'immobilisation du bassin.

L'appareil est circulaire, car seuls les appareils circulaires se moulent d'une manière exacte et précise sur les parties qu'ils recouvrent. Si vous craignez que le membre ne soit trop comprimé, il vous est facile de fendre, après sa construction, le plâtre sur toute sa longueur.

II. Ce qu'il faut avoir

Revêtement. — Un jersey de coton dont les manches engaineront les jambes, ou bien de l'ouate, que vous disposerez en couche très mince sur toutes les parties qui seront recouvertes de plâtre, — ou un caleçon et une chaussette.

Bandes plâtrées. — Faites avec des bandes de tarlatane gommée longue de 5 mètres et larges de 17 centimètres.

2 pour un enfant.

4 pour un adulte.

Cinq attelles. — Faites en repliant la tarlatane ***trois fois seulement*** sur elle-même.

2 larges pour la ceinture : longueur : 20 centimètres de plus que la circonférence externe du bassin ; largeur : la distance de l'ombilic au pubis.

3 longues pour le membre : Longueur : la distance des orteils à l'épine iliaque antéro-supérieure ; largeur : 2 centimètres de plus que la demi-circonférence du membre mesurée au milieu de la cuisse.

Plâtre. — 3 kilos pour un enfant.

5 kilos pour un adulte.

Pelvi-support. — Une pile de gros livres ou un tabouret pour appuyer la tête, un pot de fleurs renversé, une boite ronde pour le sacrum (figure 6).

III. Technique de l'appareil.

Pendant que vous mettez le revêtement au malade et que vous le placez sur le pelvi-support, un aide a préparé les bandes et gâché le plâtre (1).

Première bande plâtrée. — Placez-vous du côté du membre malade et recouvrez de circulaires d'abord le tronc au-dessous de l'ap-

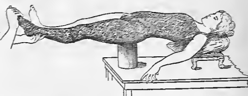


Fig. 6. — Malade sur un pelvi-support improvisé.

pendice xiphoïde, puis le membre malade jusqu'à l'extrémite des orteils (fig. 7).

Ne serrez pas, mais faites plaquer exactement la bande sur les parties qu'elle recouvre. Point n'est besoin pour cela de se conformer à des règles savantes ni d'invoquer la géométrie : la bande mouillée est devenue souple et s'applique facilement, épousant d'elle-même la forme du corps. Évitez seulement de trop serrer et de faire des cordes (2).

Si cela se produit, la remède est facile : coupez d'un coup de couteau la partie plissée, vous pourrez ensuite étendre bien à plat les deux parties résultant de votre incision.

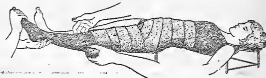


Fig. 7. — Mise en place de la première bande plâtrée.

Première attelle ceinture. — Glissez-là entre le pelvi-support et le malade (fig. 8). Un aide placé en face de vous la tend en longueur, assurez-vous qu'elle ***déborde par le bas de 4 à 5 centimètres la ligne bitrochantérienne***, puis rabattez-en les deux chefs sur le ventre en serrant légèrement (fig. 9).

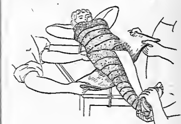


Fig. 8. — On glisse la première attelle-ceinture entre le pelvi-support et le malade.

Deuxième attelle ceinture. — Vous la placez de la même mauière, mais plus baut; *son bord supérieur doit correspondre à l'appendice xiphoïde* (fig. 10).

(1) Voir : Les Appareils plâtrés par le Dr Privat. Maloine, éditeur. Prix 6 francs.

(2) On dit que la bande fait corde quand, ne reposant pas à plat sur toute sa largeur, elle se plisse. Elle risque alors, en les comprimant, de blesser les parties sous-jacentes.

Première attelle du membre. — Mettez une de ses extrémités sur le dos du pied, son bord dépassant légèrement les orteils (l'aide qui sontient les pieds la maintient en place en saisissant à la fois le pied et l'attelle); étendez-la ensuite sur la face antérieure de la jambe et de la cuisse (fig. 11).

Deuxième attelle du membre. — Appliquez une de ses extrémités sur la face plantaire des orteils; elle se trouve pendre verticalement (fig 12). Repliez la alors sous la en suivant le pli de l'aine. Puis, passant sous le membre, elle remontera le long de sa face externe pour aller se terminer au voisinage de la ligne médiane.

Dernière bande plâtrée. — Avant de la placer, recouvrez tout l'appareil d'une bonne couche de bouillie plâtrée, destinée à solidariser entre elles les différentes parties de l'appareil et faire des feuillets juxtaposés un bloc compact.

La dernière bande plâtrée se place vent se reproduire... Elles n'y manqueront pas si vous abandonnez le malade avant que le plâtre ne soit dur. Maintenez donc la correction obtenue jusqu'à ce que le plâtre résonne sous le doigt qui le percute et pour que vos efforts ne soient pas perdus, modelez l'appareil sur le squelette.

Vous devez encastrer entre deux dépressions du plâtre la saillie osseuse formée par la crête iliaque. Pour cela, mettez-vous à la hauteur des épaules du malade dont vous

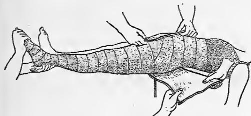


Fig. 9. — Mise en place de la première attelle-ceinture, elle descend au-dessous de la ligne bitrochantérienne.

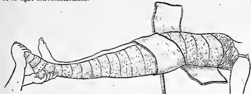


Fig. 10. — Mise en place de la deuxième attelle-ceinture, elle remonte jusqu'à l'appendice xiphoïde.

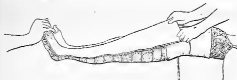


Fig. 11. — Mise en place de la première attelle du membre.

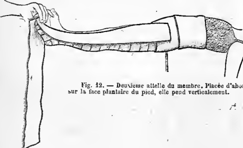


Fig. 12. — Deuxième attelle du membre. Placée d'abord sur la face plantaire du pied, elle pend verticalement.



Fig. 13. — On rabat ensuite l'attelle sous le membre.

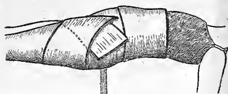


Fig. 14. — Dernière attelle placée en cravate à la racine du membre.

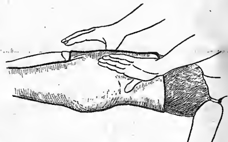


Fig. 15. — Mise en place des mains pour le modelage du bassin : premier temps.

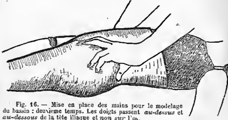


Fig. 16. — Mise en place des mains pour le modelage du bassin : deuxième temps. Les doigts passent *au-dessus* et *au-dessous* de la tête iliaque et *non sur* l'os.

jambe et la cuisse, en la tendant légèrement et en l'étalant (fig. 13).

En caressant ces attelles avec la main, vous les modelez sur les parties sous-jacentes.

Troisième attelle du membre. — Elle est placée en cravate à la racine du membre, car l'appareil pourrait casser à ce niveau si vous ne preniez la précaution de le renforcer.

Cette attelle (fig. 14) partie de l'épine iliaque antéro-supérieure du côté malade, descendra vers la partie interne de la cuisse comme la première, cependant serrez-la un peu plus fortement au niveau du bassin.

Modelage

Pour bien des chirurgiens, l'appareil étant ainsi bâti, toute l'opération est terminée. Ils se lavent les mains et abandonnent le plâtre à la « prise ».

Ne les imitez pas car le moment le plus important de votre intervention arrive seulement. Le plâtre est encore mou, et les attitudes vicieuses, les déviations dont l'appareil doit conserver la correction pen- regardez les pieds. Avec vos mains en pronation forcée (fig. 15), le pouce écarté au maximum de l'index, — dans cette position le pouce est dirigé en arrière et l'index en avant — sentez le relief de la crête iliaque, nettement perceptible à travers le plâtre encore mou.

Puis, vos doigts épousant la courbure de cette crête, déprimez fortement l'appareil *au-dessus de l'os et non sur lui.* En même temps, avec l'annulaire et le petit doigt repliés, pressez dans les fosses iliaques externes (fig. 16).

Votre prise doit être telle que vous n'appuyiez sur aucune saillie osseuse mais seulement au-dessus et au-dessous de la crête iliaque.

Quand l'appareil est sec vous l'échancrez suivant les lignes indiquée sur les fig. 17 et 18.

Avant de quitter le malade, assurez-vous

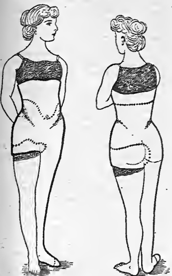


Fig. 17. Tracé des échancrures (vue antérieure)

Fig. 18. Tracé des échancrures (vue postérieure)

que l'appareil n'est pas trop serré, pour cela examinez les parties non recouvertes de plâtre; c'est ce qu'on appelle *prendre le pouls du plâtre*. Recommandez aussi à la famille de répeter cet examen dans la suite au moins une fois par jour et si coloration, température, mobilité ou sensibilité des orteils ne vous paraissent pas normales fendez le plâtre sur toute sa longueur.

LES IDÉES RÉCENTES

SUR LE

Traitement de la Tuberculose

De tradition, l'arthritisme et la tuberculose sont réputés antagonistes. Quelle est la valeur véritable de cette conception ancienne et dans quelle mesure convient-il de continuer à l'accepter?

Telle est la question qui se pose aujourd'hui, à la suite de certaines publications récentes, en particulier de celle par le docteur P. Carton, médecin adjoint du sanatorium de Brévannes, d'un important ouvrage, *la Tuberculose par arthritisme, étude clinique, traitement rationnel et pratique*, dont l'on ne saurait laisser passer l'apparition sans examen.

D'une façon générale, les idées actuelles sur la tuberculose reposent sur deux principes directeurs. D'une part, il est communément admis que, dans le développement de la maladie, le rôle essentiel appartient au bacille et, d'autre part, il est pareillement de consensus général que chez les sujets tuberculeux il y a de façon constante accélération nutritive et consomption.

Du fait même de ces deux conventions découlent naturellement et la prophylaxie de la maladie et la thérapeutique qu'il convient de lui opposer. Et c'est ainsi que depuis nombre d'années les efforts des hygiénistes sont unanimement dirigés contre le bacille de Koch que l'on pourchasse à grand renfort d'antiseptiques et de désinfections et que ceux des médecins traitants s'emploient surtout à relever les forces de l'organisme en donnant au malade une alimentation généreuse, en lui prescrivant le repos et la vie continue à l'air pur.

Evidemment, ces conceptions ont leur raison d'être et les mesures qu'elles entraînent ont leur utilité. Mais, en matière de tuberculose, répondent-elles à tout? Cela n'est nullement prouvé. Ainsi que le pensent nombre de médecins instruits, il est encore un élément de première importance, le terrain, dont il importe de tenir compte. Sans bacille de Koch, la chose est bien certaine, la tuberculose ne saurait exister. Mais, pour que ce bacille fasse son office, il faut aussi de toute nécessité que les circonstances soient favorables à son implantation et à son développement. En d'autres termes, il faut qu'il trouve un terrain préparé. S'il en était autrement, chacun de nous serait tuberculeux puisque chacun de nous rencontre fatalement des bacilles sur sa route.

Cette circonstance n'avait pas échappé au savant médecin militaire Kelsch qui, dans son rapport au Congrès de la tuberculose en 1905, insistait tout spécialement sur la nécessité de bien moins combattre l'agent microbien que les causes de dégénérescence organique.

« La notion du terrain, écrivait en effet, M. Kelsch, est fondamentale dans la pathogénie de la tuberculose. Son rôle se dérobe en partie à l'expérimentation. Il prime celui de la contagion qui, sans sa complicité, est réduite à l'impuissance. Le consentement de l'organisme aux méfaits du bacille de Koch, pourvu que celui-ci y ait été introduit par une contagion récente, ou qu'il y soit fixé de longue date, dans un foyer en apparence éteint, assume dans cette pathogénie un rôle tout à fait prépondérant. Nous définirions volontiers la tuberculose, avec M. Savoire, non par une maladie déterminée par le bacille de Koch, mais un état de déchéance organique qui rend possible le développement de ce dernier. »

De même, Sabourin, dans son ouvrage : *Traitement rationnel de la tuberculose*, a pu écrire en s'inspirant des mêmes idées directrices : « On a trop oublié que le médecin soigne des tuberculeux et non pas la tuberculose contre laquelle il n'a aucune action directe et que chacun a sa façon d'être tuberculeux, suivant sa constitution, suivant l'état de ses organes vitaux et que soigner des phtisiques n'est pas faire de la médecine spéciale, mais bien de la médecine générale. »

De tout ceci résulte qu'en matière de tuberculose le premier soin du médecin doit être de rechercher la cause qui a permis à son malade de contracter son affection. Tant que cette cause n'est point connue, en effet, il ne saurait être possible d'instituer un traitement rationnel, puisque celui-ci doit avoir pour objet essentiel de rendre l'organisme impropre à la prospérité du bacille.

Aussi, le régime à imposer à un tuberculeux pourra-t-il être des plus variables. Les causes favorisantes de la maladie étant dissemblables, le traitement le sera pareillement. C'est ainsi qu'à l'occasion un régime alimentaire substantiel conviendra à un miséreux alors qu'il pourra présenter de réels inconvénients donné à un sujet albuminurique.

De tout ceci résulte donc cette nécessité, quand l'on se trouve en présence d'un tuberculeux, de rechercher avant toute chose quelles sont les causes ayant prédisposé à son infection. Celle-ci, d'après M. le docteur Carton, dont l'opinion est aujourd'hui partagée en une certaine mesure au moins par divers médecins, revient, non toujours assurément, mais sans aucun doute fréquemment, à l'arthritisme. Rien, en réalité, n'est moins surprenant si l'on tient compte de ce fait qu'en raison de nos façons habituelles de vie nombre d'entre nous se trouvent inéluctablement voués à l'arthritisme. Cette évolution fâcheuse se fait du reste tout naturellement. Notre existence coutumière est incompatible avec une vie active au grand air. Nos besognes plus ou moins sédentaires s'accomplissent en général dans des conditions particulièrement hostiles à une bonne hygiène et, par surcroît, sous prétexte de nous fortifier, nous faisons sans cesse des excès alimentaires, en particulier consommant en abondance beaucoup trop considérable des produits azotés, du sucre et de l'alcool.

Le résultat fatal de pratiques aussi déplorables ne se fait pas attendre. Les fonctions digestives ne tardent pas à être touchées, le foie est atteint et, en même temps que se crée l'hépatisme, l'arthritisme s'installe définitivement, manifestant sa présence par des symptômes variés.

Mais, la fatigue hépatique, le surmenage et l'auto-intoxication gastro-intestinale s'accompagnent d'une diminution de l'alcalinité des liquides organiques et la déminéralisation survient. Ce n'est pas tout ! La surabondance du régime alimentaire favorise encore l'engraissement exagéré sans donner à l'organisme un accroissement de résistance, bien au contraire. Nombreux aujourd'hui sont les auteurs qui accordent à l'arthritisme une influence tuberculigène.

Ainsi, Laffont (1), s'appuyant sur son observation personnelle et sur diverses statistiques, considère « comme prédisposant à la tuberculose l'arthritisme avec toutes ses manifestations variées du côté de la peau, des séreuses, de l'appareil locomoteur, de l'appareil circulatoire, des viscères, toutes les fois que ces manifestations auront amené de la déchéance vitale ». De même, Pascault (2), après avoir constaté que l'organisme débilité de l'arthritique donne prise aux infections aiguës, rhumatisme, fièvre typhoïde, etc., ajoute : « mais, si réel qu'il soit, là n'est pas le plus grand danger ; il est dans l'éclosion d'une tuberculose, échéance finale de l'arthritisme. »

La pratique expérimentale, au surplus, montre que l'arthritisme succédant à des

(1) Communication sur la *Prétuberculose* faite au Congrès de 1905.

(2) Pascault. *L'Arthritisme par suralimentation*, n° 128.

excès alimentaires plus ou moins prolongés, diminue toujours notablement la résistance organique. Qui ne sait, par exemple, que les bêtes à concours, animaux gavés à l'étable et engraissés artificiellement deviennent souvent tuberculeux au moment précis où ils présentent les apparences les plus luxuriantes?

De semblables exemples montrent sans réplique combien se trouve justifiée l'opinion exprimée récemment à l'Académie de médecine par M. le docteur Maurice de Fleury, que l'obésité cache souvent une tuberculose latente.

De toutes ces remarques, naturellement, ressort cette conclusion logique que le traitement de la tuberculose, chaque fois que l'arthritisme se trouve à sa base, doit surtout résider dans le traitement de celui-ci et non pas se confiner dans l'application pure et simple d'un régime classique.

L'arthritisme qui a précédé et favorisé l'éclosion bacillaire ayant été créé par une alimentation forte, copieuse, concentrée, trop riche en alcool, en viande et en sucre, il convient nécessairement et avant toutes choses de supprimer les causes de sa production.

En pareil occurence, c'est par une réglementation judicieuse de la ration alimentaire que le médecin doit commencer, en s'inspirant de la règle suivante, formulée par M. Carton : « Le budget alimentaire des tuberculeux s'établira toujours et simplement sur le degré d'arthritisme causal; il devra s'adapter strictement à la capacité métabolique amoindrie de ses viscères digestifs, c'est-à-dire, frôler le déficit, dès que l'équilibre du poids corporel sera retrouvé. »

Nous voilà singulièrement loin de la doctrine naguère encore classique de l'engraissement à outrance du tuberculeux.

Au lieu de se réjouir de lui voir prendre de l'embonpoint, il convient, en réalité, déclare nettement M. Carton, de s'en alarmer vivement « puisque plus un malade engraisse, plus il s'intoxique ». Au contraire, note encore le même auteur, « un arthritique tuberculeux maigre, qui a cessé de perdre du poids, guérit vite et sûrement, en restant maigre. Un arthritique tuberculeux gras, qui garde son embonpoint et qui, de ce seul fait, conserve et aggrave rapidement ses lésions bacillaires, meurt gras ».

Pour soigner utilement son mal, le tuberculeux arthritique, contrairement aux pratiques habituelles, doit suivre un régime basé sur une bonne diététique alimentaire et sur la physiothérapie.

Le régime alimentaire du tuberculeux arthritique doit comporter un petit nombre de repas largement espacés. « Celui du matin doit être à la fois énergétique et lixiviant, c'est-à-dire fruitarien; celui du midi réparateur et producteur d'énergie, c'est-à-dire carné mitigé ou mieux ovo-farineux; enfin, celui du soir réclame un menu reminéralisant, sans stimulation énergétique, conditions que le pain, les œufs, les légumes verts et les fruits peuvent surtout remplir. »

Quant au relèvement du terrain, dont l'importance est si grande, c'est par l'exercice physique, par l'air et l'exposition solaire et non comme on le fait communément par la cure de repos systématique, que l'on pourra l'obtenir en de bonnes conditions.

Tel est, en ses grandes lignes, le traitement que M. le docteur Carton, qui déclare en avoir toujours obtenu les meilleurs résultats, recommande aux tuberculeux arthritiques. Il convient, en outre, de joindre à leur régime diététique une médication complémentaire propre à favoriser l'enrichissement globulaire de leur milieu sanguin.

L'opothérapie sanguine constitue par suite le traitement le plus rationnel de l'infection tuberculeuse.

Donner à un phtisique du globéol, c'est-à-dire l'extrait protoplasmique total des globules rouges et du sérum sanguin, c'est donc augmenter, grâce aux *cyto-poïétines*, le nombre de ses hématies et la richesse de ces dernières en hémoglobine et en métaux colloïdaux; c'est aussi introduire dans l'organisme des antitoxines à l'état vivant, et c'est enfin provoquer l'apparition d'anticorps par les antigènes y apportés. Antisepsie bacillaire par les moyens mêmes qu'emploie l'organisme pour se défendre d'une part et de l'autre, augmentation de la vertu hématopoïétique des globules rouges ainsi que de leur quantité, c'est là toute une thérapeutique et c'est le traitement même de la tuberculose, si l'on songe, en outre, que le globéol provient du sang de jeunes chevaux et que le cheval, animal réfractaire à la tuberculose, semble jouer dans cette médication un rôle de *vaccin* par la formation d'antigènes particulièrement actifs. Les recherches de laboratoire prouvent le bien fondé de ces données et les mémoires cliniques déjà publiés (notamment celui du docteur Michaut ancien interne des hôpitaux de Paris) sont absolument affirmatifs.

REVUE CLINIQUE

Hystérie et insuffisance rénale, par MM. Jean Lépine et Jules Froment.

L'observation suivante, dont nous ne donnerons qu'un rapide résumé, soulève des problèmes cliniques et pathogéniques variés. Nous nous bornerons aujourd'hui à attirer l'attention sur l'un de ces problèmes, celui des rapports qui peuvent exister entre certaines manifestations, dites hystériques, et des troubles d'auto-intoxication dus peut-être à un certain degré d'insuffisance rénale.

Observation

M. P... était âgé de 51 ans lorsqu'il fut adressé à l'un de nous en décembre 1910. Son père, assez nerveux, était mort urémique à 57 ans. Quant à lui, il avait toujours paru très robuste et résistant. Officier d'artillerie de marine, il avait supporté sans dommage apparent des campagnes coloniales dans les conditions les plus dures. Pourtant il avait toujours été assez impressionnable et ses réactions nerveuses étaient assez intenses. En Cochinchine, au début de sa carrière, il avait contracté le tétanos à la suite d'une plaie de l'annulaire droit. Il avait guéri, après amputation de deux phalanges.

En 1895, il avait eu une fièvre bilieuse hémoglobinurique grave, qui l'avait beaucoup plus éprouvé que les multiples atteintes de paludisme et de dysenterie qu'il avait traversées. En 1901, il eut de grosses déceptions de carrière et il était encore sous l'impression déprimante qu'elles lui avaient laissée, lorsque le 24 décembre 1901, en pénétrant dans une tonnelle de cuirassé, il fut violemment atteint dans la région occipitale par la chute d'un panneau d'une trentaine de kilos. Il ne perdit pas connaissance, n'eut aucun accident immédiat, mais présenta au bout de quelques semaines, une série de troubles nerveux d'une extrême complexité et qui furent successivement rapportés à de la méningite, de la confusion mentale, des localisations anormales de syphilis cérébrale, un début de paralysie générale, etc. Ces phénomènes, dans le détail desquels il est inutile d'entrer, présentaient quelques caractères communs : ils comportaient à la fois des signes moteurs et sensitifs, d'une part, des accidents mentaux (amnésie, délire, etc.) de l'autre. Ils avaient une tendance marquée à la régression spontanée, procédaient par rechutes successives, celles-ci étant en général provoquées par une commotion nouvelle, et très légère, du cerveau (heurt de la tête contre une porte, une suspension de lampe, etc.). Diverses tentatives de traitement spécifique avaient été nettement nocives.

En novembre 1903, la famille du malade le fit entrer au Val-de-Grâce, dans le service de M. Antony, qui le présenta à deux reprises à la Société médicale des hôpitaux de Paris, où l'on trouvera son observation complète dans le compte rendu de la séance du 26 février 1904. Il présentait alors de la stupeur, du mutisme, une attitude figée immobilisant la nuque comme si cette dernière eût été le siège d'une vive douleur. De fait, l'on constatait à la radiographie un épaississement marqué de l'apophyse transverse de la deuxième vertèbre cervicale et comme l'écrasement des deux apophyses épineuses suivantes. Il y avait en outre une hémianesthésie gauche complète, avec participation des sensibilités profondes et état cataleptique, amblyopie et surdité gauche, aphasie, agraphie et alexie, rétrécissement notable du champ visuel.

Après de multiples examens, auxquels participèrent MM. Nimier, Jacob et Raymond Bernard, le diagnostic d'hystéro-traumatisme fut établi. On mit le malade dans une minerve, à la fois pour permettre la guérison des lésions vertébrales probables et pour agir sur son état mental. Il parut soulagé et supporta bien une rééducation qui fut patiemment poursuivie pendant plusieurs semaines et aboutit à une guérison complète.

Malheureusement, fort peu de temps après sa sortie du Val-de-Grâce, M. P..., qui avait, sur ces entrefaites, obtenu sa retraite, eut une rechute, au cours de laquelle reparurent l'aphasie, l'agraphie et l'alexie. L'aphasie se dissipa bientôt, mais le malade fut désormais incapable d'écrire et ne lut plus qu'avec grandes difficultés et à de très rares intervalles. Il ne retrouva jamais la mémoire des chiffres et, fait curieux, occupant ses loisirs à quelques opérations de bourse, il faisait des calculs de tête jusqu'au jour où, pour s'aider, il inventa une série de chiffres qui n'avaient, du reste, aucune ressemblance avec ceux des Arabes ou des Romains. Pendant six ans, il vécut ainsi, avec quelques phases de trouble mental plus accentué, au cours desquelles l'aphasie venait à nouveau compliquer la scène. Chaque fois on procédait à une nouvelle rééducation et la parole finissait par revenir, mais les autres troubles demeuraient inchangés.

Chaque fois, les rechutes étaient provoquées par un incident traumatique, du reste toujours insignifiant. Il n'existait certainement aucune lésion permanente grave du côté de la région cervicale, où tous les mouvements étaient possibles, ni aucune susceptibilité absolue et constante des éléments nerveux à l'ébranlement, lorsque l'attention du malade était distraite. Ainsi, on l'avait vu bien souvent, à la chasse, sauter des fossés, des murs, retomber de tout son poids sur ses pieds sans que l'état nerveux s'en ressentît. D'autre part, les rechutes étaient toujours précédées d'un état de malaise général de plusieurs jours au moins.

En octobre 1910, courant un jour après un

tramway, il manqua le marchepied et trébucha, sans tomber cependant ni se faire le moindre traumatisme. Il résulta cependant de cet incident une rechute qui fut la plus complète et la plus durable de toutes. En quelques heures, il reprit l'attitude soudée, tête rentrée dans les épaules, avec suppression absolue des mouvements de rotation, contracture permanente des extenseurs de la tête, manifestations de douleur vive lorsqu'on essayait de vaincre cette contracture. Le langage était réduit à quelques grognements, sorte de « hon » monotone, l'expression du visage était celle de la stupeur sans aucun signe d'attention ou d'intelligence.

Au bout de plusieurs semaines de tentatives infructueuses de rééducation, malgré que l'on eût appliqué une minerve qui soulageait certainement les articulations vertébrales, la famille, consultée par M. le médecin principal Raymond Bernard, amena le malade à l'un de nous, le 13 décembre 1910.

Le voyage, de la ville du Midi où il habitait jusqu'à Lyon, se fit sans que M. P... parût en avoir conscience. Il se présenta dans le même état de stupeur atone, complètement indifférent en apparence à ce qui se passait autour de lui. Il était congestionné et bien que de taille peu supérieure à la moyenne, pesait plus de 100 kilos. L'examen somatique permettait de constater que l'estomac et l'intestin étaient atones, le foie un peu gros, il y avait un galop léger avec accentuation nette du deuxième bruit aortique, le pouls était dur et tendu, les pupilles en myosis, paresseuses, les réflexes rotuliens normaux. Hémianesthésie gauche. L'urine ne contenait ni sucre, ni albumine, sa quantité journalière était inférieure à un litre. La constipation était notable, l'appétit très diminué au dire de la famille, était encore largement suffisant. En réalité, M. P... était un pléthorique gourmet, dont le régime alimentaire habituel était certainement excessif.

On opéra les restrictions nécessaires, sans toutefois arriver au régime lacto-végétarien ou déchloruré absolu. En même temps on soumit le malade à des purgations répétées, on augmenta la diurèse au moyen de tisanes et de digitaline, on donna de l'arsenic et de la strychnine. Au bout de quelques jours, il fut évident que la stupeur était moins complète, on en profita pour supprimer la minerve et pour commencer un traitement psychothérapique énergique où, contrairement à la coutume, nous fûmes admirablement secondés par la femme du malade. Ce traitement comporta les étapes suivantes : en premier lieu l'affirmation, constamment renouvelée, de la nature purement fonctionnelle des troubles et de la certitude de leur guérison complète, en deuxième lieu la rééducation de la langue et des lèvres, puis celle de la parole, puis celle de la lecture, y compris celle des chiffres, puis celle de l'écriture. Mais en même temps, et dès le début, nous nous attachâmes à combattre l'hémianesthésie et les hypoesthésies sensorielles du côté gauche.

Le succès se dessina rapidement, la parole était revenue, la lecture commençait à se faire d'une manière courante lorsque brusquement, le 26 janvier, le malade, qui s'était un peu fatigué les jours précédents à faire les exercices prescrits, tomba, sans ictus, mais en l'espace de quelques heures, dans le coma, avec oligurie, myosis extrême, forte tension artérielle, respiration de Cheyne-Stokes, et convulsions épileptiformes dans les quatre membres, surtout à gauche. Nous fîmes d'urgence une saignée de 400 grammes, dont le sérum fournit à l'analyse chimique (M. Lavocat) les chiffres suivants :

Densité	1023
Urée	0 gr. 20 par litre
Acide urique	0 gr. 075 —
Chlorure de sodium	0 gr. 10 —

L'urine, retirée par la sonde au même moment, était très acide. Ses caractéristiques étaient :

Densité	1030. Ni sucre, ni albumine
Urée	28 gr. par litre
Acide urique	2 gr. 50 —
NaCl	13 gr. 25 —

Le soir même, dix heures environ après la saignée, on notait pour l'urine, restée très acide :

Densité	1031
Urée	32 gr. 75 par litre
Acide urique	2 gr. 75 —
NaCl	13 gr. 75 —

Il n'y avait encore ni sucre ni albumine. La quantité de NaCl trouvée était remarquable, le malade étant depuis longtemps à un régime partiellement déchloruré. Bien entendu, à partir du 26 matin, la déchloruration fut appliquée d'une manière aussi absolue que possible. Néanmoins, le 28, on notait :

Densité	1016
Urée	16 gr. 20 par litre
Acide urique	0 gr. 28 —
NaCl	10 gr. 80 —

Il y avait donc lieu de supposer que le malade avait une rétention chlorurée ancienne et que les accidents urémiques étaient survenus au cours de l'élimination de ses réserves salines. Le régime déchloruré fut maintenu, et non seulement les accidents urémiques s'évanouirent, mais encore la rééducation psychique fit dès cet instant des progrès si décisifs que, deux semaines après la crise urémique qui avait failli être fatale, le malade partait, ayant retrouvé, avec une parole libre, l'intégrité des manifestations d'un cerveau particulièrement bien doué, écrivant couramment, alors que l'écriture était complètement perdue depuis six ans, refaisant des mathématiques appliquées pour s'entraîner à une vie professionnelle active, faisant des projets d'avenir, se sentant renaître physiquement et mentalement. Il avait perdu 10 kilogrammes dans le cours du traitement: Il persistait seulement une légère diminution de l'acuité visuelle de l'œil gauche par rapport au droit, indépendante d'un vice de réfraction et un peu d'hypoesthésie dans les deux derniers doigts de la main gauche. Enfin, l'estomac était un peu paresseux.

Nous eûmes encore d'excellentes nouvelles pendant quelques jours, puis brusquement, trois semaines après son départ de Lyon, nous apprîmes que M. P... venait de succomber, au milieu d'une santé en apparence parfaite, à des accidents d'urémie convulsive qui s'étaient déroulés en l'espace d'une demi-heure. Depuis la veille, on avait remarqué une légère torpeur cérébrale. Il n'y eut pas d'autopsie.

Nous n'insisterons pas sur l'intérêt clinique de cette observation, accru, pour ceux qui ont connu le malade, du caractère dramatique que les circonstances lui ont donné. Nous voulons simplement faire remarquer qu'un trouble évident de la nutrition et de l'excrétion que nous avons pu rendre manifeste en ce qui concerne l'élimination chlorurée, mais qui existait vraisemblablement pour d'autres substances, s'est trouvé lié à ces accidents curieux, auxquels on ne peut guère refuser le nom d'hystériques, quoi que l'on pense de la doctrine de l'hystérie-maladie.

Nous nous permettrons cette remarque pour deux raisons. L'une c'est qu'il y aurait peut-être lieu de rechercher avec soin l'état des fonctions d'élimination, surtout rénales, chez les sujets que l'on peut qualifier d'hystériques. L'un de nous possède actuellement plusieurs observations de grands hystériques, hommes et femmes, malades à manifestations exubérantes, comme ceux qui ont fait dans le public médical et extramédical la fortune des études diverses sur l'hystérie. Ces malades étaient des rénaux. L'un d'eux, un homme de 22 ans, qui fut longtemps étudié en 1894 par le professeur R. Lépine dans son service, mourut urémique l'année d'après.

L'autre raison que nous pouvons avoir de noter ces faits au passage est qu'ils confirment l'importance d'une notion familière à l'enseignement du professeur Pierret ; en pathologie nerveuse et mentale, tout dépend souvent d'une cicatrice ancienne et d'une intoxication surajoutée. Dans notre observation, l'existence de lésions minimes mais réelles est certaine, tous les travaux récents sur la commotion cérébrale en donnent la conviction; mais il a fallu une intoxication chronique pour donner à ces cicatrices une valeur pathogénique, en faire le lieu d'appel d'un état d'inhibition cérébrale, comme chez d'autres malades les mêmes combinaisons de causes auraient produit un état convulsif.

REVUE DE PATHOLOGIE

La méningite cérébro-spinale dans l'armée, par M. le Dr Rouget, prof. au Val-de-Grâce.

Au cours de ces dernières années, la méningite cérébro-spinale s'est manifestée dans l'armée, ainsi d'ailleurs que dans la population civile, avec une fréquence insolite. Cette recrudescence a coïncidé avec les épidémies signalées en Allemagne et en Amérique.

Malgré la fréquence insolite des atteintes, on n'a pour ainsi dire pas constaté la tendance envahissante des pandémies de 1837 et de 1850. Au contraire, la méningite a procédé par petits foyers disséminés, peu denses, frappant à intervalles variables des garnisons plus ou moins éloignées, ou la même garnison, sans paraître obéir à quelque loi évidente. Elle frappe le plus souvent dans une région une seule garnison, dans cette garnison une caserne, dans cette caserne une chambrée.

Il semble donc bien que le qualificatif « épidémique » dont on a jusqu'ici qualifié la méningite cérébro-spinale ne soit rien moins que justifié. Que cette affection, comme tant d'autres maladies infectieuses, soit susceptible, à un moment donné, de revêtir un caractère d'épidémicité, cela ne paraît pas douteux; mais son évolution au cours des derniers épisodes ne semble pas légitimer l'exception faite en sa faveur.

En somme, la méningite cérébro-spinale s'est manifestée dans tous les corps d'armée; mais elle s'est montrée avec plus de fréquence en Normandie, en Bretagne, en Vendée, tant sur place qu'à distance, sur les contingents recrutés dans ces régions.

On a souvent confondu la méningite cérébro-spinale avec des complications méningées dues à la grippe ou à toute autre affection. Pour éviter de semblables méprises, préjudiciables à la prophylaxie autant qu'à la thérapeutique, la rachicentèse a été rendue réglementaire dans les hôpitaux militaires pour tout cas suspect de méningite.

Comme procédés destinés à déceler le méningocoque on emploie les cultures, l'épreuve des sucres, l'agglutination, la précipito-réaction.

Ces recherches sont assez délicates. Elles ne peuvent être probantes qu'à la condition d'être exécutées par des médecins rompus aux examens bactériologiques. C'est pourquoi, dans l'armée, elles sont confiées à un personnel spécial qui a reçu une instruction « ad hoc ». Il se rend sur place, dès qu'un cas est signalé, et emporte le matériel nécessaire pour les recherches.

Cet examen est d'autant plus nécessaire que Sicard et Salin ont signalé de véritables épidémies de méningite sérique développées à la suite de l'empressement mis à injecter du sérum dans le canal rachidien de tous les ma-

lades suspects sans attendre le résultat des recherches bactériologiques.

Le retentissement donné par la grande presse à la plupart des manifestations de la méningite cérébro-spinale dans l'armée pouvait porter à croire que la collectivité militaire constitue un milieu de prédilection voué en quelque sorte aux atteintes du mal. Les enquêtes ont prouvé que la population civile était la première intéressée. On a pu se rendre compte que la contagion avait été importée du milieu civil.

La dissémination du contage se fait par les malades, mais surtout par les porteurs sains de méningocoques. Alors que les premiers, promptement isolés et traités, ont peu de chances de devenir infectants, les seconds, au contraire, conservent toutes les apparences de la santé, vont, viennent sans éveiller ni soupçon, ni défiance et ont toute facilité pour essaimer dans leur entourage bien des contagions anonymes.

Ils contractent exceptionnellement la méningite cérébro-spinale. Dans l'armée plusieurs centaines ont été, çà et là, isolés par groupes, et c'est à peine si quelques cas ont été observés parmi eux. Mais chez eux le méningocoque se mélange aux sécrétions bucco-pharyngées et se trouve expulsé avec les gouttelettes de salive sur lesquelles Flügge a attiré l'attention.

Si la contagion est proportionnelle au nombre des porteurs sains de germes, elle dépend aussi de la quantité de méningocoques qu'héberge leur rhino-pharynx et de leur virulence, qui est extrême chez ceux qui sont atteints de rhinite chronique ou de coryza.

Chez les porteurs de germes, la persistance du méningocoque dans le rhino-pharynx varie suivant les individus, le traitement qui leur est prescrit et la manière dont il est appliqué. Au laboratoire de Rennes, Rousset et Malard, sur 133 porteurs sains de germes soumis à des inhalations et à des attouchements antiseptiques, ont trouvé la persistance du méningocoque de 1 à 10 jours 92 fois; de 10 à 20 jours 12 fois; de 20 à 30 jours 6 fois; de 30 à 40 jours 5 fois; de 40 à 50 jours 8 fois; de 50 à 60 jours 5 fois; de 70 à 80 jours 1 fois; de 80 à 90 jours 4 fois.

Les porteurs de germes dans le rhino-pharynx desquels végète le méningocoque, constituent un véritable réservoir de microbes saprophytes. Ils conservent la graine qui, essaimée ensuite par eux, peuêtre dans d'autres organismes où elle prend droit de cité, donnant, suivant les cas, de nouveaux porte-germes, ou, si la récepticité des individus et la virulence du microbe s'y prêtent, engendrant à échéance plus ou moins éloignée des cas sporadiques ou épidémiques de méningite. Ainsi s'expliquerait la persistance de l'affection à travers le temps et l'espace.

L'apparition dans l'armée d'un cas, non seulement avéré, mais simplement suspect, de méningite cérébro-spinale, déclanche automatiquement l'application des mesures ci-après :

a) *Malades*. — Ils sont évacués sans retard sur l'hôpital, où ils ne doivent jamais être placés en salle commune. Le traitement sérothérapique est institué aussi tôt que possible. L'exeat des convalescents n'est prononcé qu'après que les recherches bactériologiques ont démontré qu'ils ne sont pas porteurs de méningocoques. Désinfection du local, de la literie et des effets.

b) *Suspects*. — Sont considérés comme tels les camarades de chambrée et les amis. Ils sont mis en observation dans des locaux spéciaux; à l'intérieur de la caserne de préférence, à défaut dans un bâtiment public arrêté de concert avec la municipalité. Il va sans dire qu'en cette dernière occurence, toutes précautions sont prises pour sauvegarder la santé publique.

L'isolement ne doit pas s'entendre dans le sens d'une claustration absolue; celle-ci serait aussi pénible qu'anti-hygiénique; elle serait, par conséquent, préjudiciable à tous égards.

Autant que les conditions atmosphériques le permettent, on organise pour les soldats ainsi séparés du reste du régiment, des exercices à part ou des sorties à l'extérieur, en ordre, sous la conduite de gradés qui doivent veiller à empêcher tout contact avec les autres militaires, ainsi qu'avec la population civile.

Outre l'isolement, la mise en observation comporte l'ensemencement des sécrétions du rhino-pharynx de tous les suspects. A la suite de cet examen, les hommes reconnus non porteurs de méningocoques sont rendus à leur unité et reprennent la vie commune; les autres sont l'objet de mesures spéciales réservées aux porteurs de germes.

La recherche du méningocoque se fait encore systématiquement sur tous les militaires présentant de la rhino-pharyngite, du coryza, de l'angine, du catarrhe des premières voies respiratoires.

c) *Porteurs de germes*. — Ils sont considérés comme contagieux et traités comme tels. On les isole, soit à l'hôpital, si leur nombre n'est pas trop élevé, soit dans les bâtiments particuliers (couvents, séminaires désaffectés), soit, au pis-aller, dans une partie du casernement, séparée de façon qu'ils ne puissent avoir ni relation, ni contact avec le reste du régiment.

De même que pour les suspects, l'isolement n'exclut pas les sorties, mais celles-ci sont réglées de façon à éviter tout risque de contagion.

Les porteurs de méningocoques sont soumis chaque jour à une désinfection du nez, de l'arrière-cavité des fosses nasales, du pharynx, des amygdales et de la bouche. Il suffit habituellement de quatre jours d'un traitement bien suivi pour faire disparaître les méningocoques.

L'isolement est maintenu jusqu'à ce que deux examens successifs, pratiqués à quelques jours d'intervalle, aient permis de reconnaître que ces militaires ne sont plus contagieux.

d) *Hommes de réserve*. — En temps d'épidémie leurs convocations sont suspendues, jusqu'à ce qu'un intervalle de deux mois se soit écoulé depuis la dernière atteinte. Dans une garnison comptant plusieurs régiments, s'il ne s'est produit qu'un cas isolé et si la maladie ne sévit pas sur la population civile, l'interdiction ne vise que le corps de troupe intéressé. Son casernement est consigné aux autres corps de la place, qui peuvent recevoir des réservistes et des territoriaux. Les hommes des réserves peuvent encore, suivant le cas, être convoqués dans une autre région ou dirigés immédiatement sur un camp d'instruction.

Si la méningite fait son apparition alors que les hommes des réserves accomplissent une période d'instruction, il est procédé à leur libération anticipée, après les avoir soumis, au préalable, à une visite de santé attentive, destinée à retenir les suspects et les malades. Les noms et les adresses des militaires ainsi libérés et ayant été en contact avec des malades, sont transmis aux préfets, afin qu'on puisse les surveiller et, le cas échéant, prendre à leur égard toutes mesures utiles.

Il serait préférable de ne procéder à leur renvoi qu'après s'être assuré qu'ils n'hébergent pas le méningocoque dans leur rhino-pharynx. Mais cette recherche exige un certain temps et c'est méconnaître l'esprit du soldat français que de penser qu'il consentirait librement à rester au corps le temps nécessaire à cette épreuve, alors qu'il peut jouir d'une entière liberté.

e) *Importation*. — Pour l'éviter, les recrues provenant des centres contaminés sont, dès l'arrivée au corps, séparées de leurs camarades et soumises à l'examen bactériologique de leur rhino-pharynx, afin de découvrir les porteurs de méningocoques. Les non-porteurs sont rendus à la libre pratique; les autres sont traités comme il a été dit précédemment.

En ce qui concerne les hommes des réserves, on peut agir à leur égard comme pour les recrues ou leur accorder un sursis de convocation.

Les permissions pour se rendre dans les localités contaminées sont supprimées.

Le service de santé militaire a, pour la méningite cérébro-spinale comme pour bien d'autres maladies infectieuses, donné l'exemple de la prophylaxie à mettre en œuvre. Est-ce à dire que les mesures dont il a pris l'initiative soient applicables à la population civile? Sans doute, on peut procéder à la recherche des méningocoques dans les écoles, dans les familles, dans les hôpitaux, aussi bien que dans les casernes. Il ne s'agit là que d'une question de personnel, de temps et de matériel. Mais cette recherche resterait illusoire si elle n'était pas suivie de l'isolement et du traitement qui en sont la conséquence logique. Or, c'est là que commence la difficulté et nous nous rangeons volontiers du côté des auteurs qui considèrent cette réalisation comme impossible en pratique.

Quoi qu'il en soit, à défaut d'isolement, le dépistage des porteurs de germes présente encore de l'importance au point de vue prophylactique, en permettant de les soumettre à la désinfection régulière de leur rhino-pharynx. C'est moins efficace, assurément, mais c'est encore préférable à une abstention complète. Aussi est-ce dans ce sens que nous paraît devoir être poursuivie la lutte contre la méningite cérébro-spinale dans la population civile.

Conclusions. — 1° Entité morbide aujourd'hui nettement définie, la méningite cérébro-spinale reconnaît pour cause l'envahissement des espaces sous-arachnoïdiens par le méningocoque de Weichselbaum.

2° Pour confirmer le diagnostic, il est indispensable d'ensemencer le liquide céphalo-rachidien sur des milieux de choix et dans des conditions déterminées.

3° Le méningocoque ressemblant, au point de vue morphologique et cultural, à d'autres micro-organismes, doit en être différencié par diverses recherches bacté-biologiques.

4° Sa vitalité en dehors de l'organisme humain est précaire; c'est un germe fragile, sensible aux agents physiques (froid, etc., etc.). Ces particularités témoignent en faveur du peu d'importance qu'offre la contagion indirecte dans la transmission de la maladie.

5° Par contre, il peut végéter plus ou moins longtemps et à plusieurs reprises dans le rhino-pharynx de certains individus, sans provoquer chez eux de symptômes méningés.

6° Ce sont ces porteurs sains de méningocoques qui jouent le principal rôle dans l'épidémiologie de la méningite.

7° Leur nombre varie proportionnellement à l'intensité des cas. Pour les uns, les porte-germes précéderaient l'épidémie et la provoqueraient; pour d'autres, ils en procéderaient au contraire et en seraient la conséquence au lieu d'en être la cause.

Ces deux théories paraissent également fondées et éclairent d'un jour nouveau l'étiologie de l'affection.

8° La méningite cérébro-spinale est transmissible d'homme à homme, par l'intermédiaire de la salive qui renferme le méningocoque. Elle est donc contagieuse.

9° Mais sa contagiosité et sa tendance à la diffusion ne semblent pas avoir l'acuité que leur attribuait généralement la tradition. En effet, au cours de ces dernières années, la méningite cérébro-spinale ne s'est manifestée que

par des cas sporadiques et par quelques petits foyers épidémiques.

10° Bien qu'elle soit une maladie grave, son apparition ne doit pas affoler les populations.

11° Sa prophylaxie dans l'armée repose sur la prompte hospitalisation des malades, la mise en observation des personnes ayant été en contact avec eux et sur la recherche systématique des porteurs de méningocoques. Ceux-ci sont isolés et soumis à la désinfection de leur cavité naso-bucco-pharyngée, jusqu'à complète disparition de l'agent pathogène, vérifiée bactériologiquement à deux reprises successives.

12° Ces mesures paraissent avoir donné en pratique d'excellents résultats, car, depuis leur application rigoureuse, on n'a plus observé de localisations épidémiques importantes dans le milieu militaire.

13° Les dispositions adoptées dans l'armée ne paraissent pas applicables intégralement à la population civile. Toutefois, la recherche des porteurs de méningocoques pourrait y être entreprise avantageusement, semble-t-il, en vue de leur traitement antiseptique régulier.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Traitement rationnel des diarrhées quelle que soit leur pathogénie, par le Dr M. LARDIÈRES. *(Gazette des Hôpitaux).*

L'ancienne médecine, peu familiarisée avec les recherches de la chimie physiologique, considérait la diarrhée comme un symptôme d'entérite et dirigeait contre elle un traitement symptomatique dont l'opium et le bismuth étaient la base.

On parvenait ainsi à éloigner momentanément ce trouble sécrétoire, mais sans en effacer la cause. Il a fallu pousser plus avant l'étude des fonctions digestives (chimisme, sécrétions, fermentations, phénomènes réflexes pour découvrir l'origine réelle des diarrhées et, à l'heure actuelle, on les considère définitivement comme une manifestation, une conséquence d'anomalies physiologiques portant aussi bien sur le foie, le pancréas, l'estomac, que sur l'intestin lui-même. La diarrhée est un trouble glandulaire provenant du tube digestif *ou de ses annexes*, voilà le fait.

Lorsque, en effet, les glandes chlorhydropeptiques de l'estomac sont en hypofonction, on observe fréquemment des crises diarrhéiques et l'on parle alors d'indigestion. Lorsque le foie sécrète une quantité insuffisante de bile ou que le suc pancréatique arrive en trop faible abondance dans l'intestin, il existe encore de la diarrhée et ce sont des selles graisseuses assez caractéristiques. La diarrhée dite nerveuse prend de plus en plus une origine pancréatique, et enfin les crises hypersécrétoires si fréquentes dans l'entérite chronique et qui succèdent à des périodes plus ou moins longues de constipation, reconnaissent pour origine un trouble fonctionnel des glandes muqueuses (diastase, invertine, entérokinase), conséquence et peut-être aussi origine des fermentations putrides.

Mais si l'on envisage dans son ensemble la pathogénie des diarrhées, on constate que les troubles organiques dont elles sont l'aboutissant sont dus à une diminution dans l'intestin d'une substance bien étudiée par Pawlow et qui s'appelle la *sécrétine*. La sécrétine est un excitant général des fonctions hépatique biliaire, pancréatique, intestinale et même gastrique; elle est l'agent thérapeutique placé par la nature pour rétablir l'équilibre digestif rompu, elle est le régulateur des fonctions glandulaires.

Or, cette substance est engendrée dans le duodénum par l'action de HCl stomacal sur la *prosécrétine*, et, une fois produite, elle passe dans la circulation et va impressionner les organes digestifs en hypofonction.

Quand il existe de la diarrhée, c'est que la sécrétine n'a pu être produite en suffisante quantité par les moyens naturels et il faut faire appel à la thérapeutique. Nous savons qu'il suffit d'amener au contact de la muqueuse duodénale un acide quelconque pour transformer la prosécrétine inactive en sécrétine agissante. Chauffard l'a démontré en faisant absorber une pilule d'acide tartrique enrobée dans du gluten et qui abandonne son contenu en milieu alcalin intestinal.

Thérapeutiquement, on obtient le même résultat, mais d'une façon plus efficace, en soumettant les diarrhéiques à l'action de la fermentation lactique dont le produit actif est l'acide lactique naissant; et, comme le plus actif producteur d'acide lactique est le bacille bulgare *cultivé en milieu végétal*, c'est à cette médication qu'il faut s'adresser.

On fait donc absorber aux malades atteints de diarrhée, et quelle que soit son origine, six comprimés par jour de Bulgarine; l'on ensemence ainsi l'intestin avec un bacille bulgare cultivé en milieu végétal et qui, produisant une quantité suffisante d'acide lactique naissant, provoque bientôt l'apparition de la sécrétine. Cette substance passe alors dans la circulation et allant exciter, parmi les fonctions hépatique, pancréatique, intestinale, stomacale, celle qui est insuffisante, guérit rapidement la diarrhée.

On constate aussi, et comme conséquence du rétablissement normal des fonctions digestives, une amélioration de l'état général par meilleure assimilation des aliments absorbés. En outre, la substitution d'une flore favorable (bacille bulgare) à la flore putride exagérée de l'intestin exerce des effets favorables directs sur l'entérite elle-même, et, par suite, sur l'ensemble du tube digestif.

En résumé, production de sécrétine, d'une part, disparition des fermentations anormales, d'autre part, telle est l'explication des effets spécifiques du bacille bulgare sur les diarrhées dont le traitement pathogénique est en pratique représenté par la Bulgarine.

De la pathogénie et de l'étiologie des dilatations et diverticules de l'œsophage, dits idiopathiques, par M. le Dr GUISEZ.

Se basant sur plus de cent observations personnelles, de malades examinés à l'*œsophagoscope* et traités ensuite, l'auteur est arrivé à déterminer la cause de ce que l'on appelle encore aujourd'hui, les grandes dilatations idiopathiques et les diverticules de l'œsophage. Ce ne sont, en réalité, que des rétro-dilatations consécutives à des sténoses véritablement organiques, les sténoses inflammatoires de l'œsophage.

Ainsi que nous l'avons déjà établi, ces variétés de sténoses se produisent uniquement au niveau des deux sphincters; l'un de la bouche de l'œsophage, l'autre du cardia : les dilatations sus-jacentes seront donc formées, en haut, aux dépens, non pas de l'œsophage, mais bien de l'hypopharynx, puisqu'elles siègent immédiatement au-dessus de la bouche de l'œsophage : en bas, elles sont constituées aux dépens de la moitié inférieure de l'œsophage.

Les dilatations supérieures sont presque toujours des diverticules : elles se forment aux dépens des parois les plus mal soutenues; les parois latérales et la paroi postérieure, qui glisse sur la colonne vertébrale. L'œsophage, dans sa portion inférieure, se dilate sur toute sa surface et il en résulte des grandes dilatations, dites idiopathiques de l'œsophage, qui deviennent souvent très volumineuses, pouvant atteindre deux ou trois litres de capacité. Elles n'affectent jamais, dans cette région, la forme diverticulaire. La sténose, cause de ces rétro-dilatations, apparaît à l'œsophagoscope tantôt comme un simple épaississement musculaire, qui s'infiltre, s'indure progressivement; d'autres fois, comme un véritable rétrécissement cicatriciel. *La contracture spasmodique* est toujours à l'origine de ces sténoses et ces malades étaient la plupart du temps regardés comme atteints de *spasme simple* de l'œsophage. C'est la persistance de cette contracture spasmodique qui amène la stase alimentaire sus-jacente. La muqueuse s'enflamme, et il en résulte des *dégénérescences inflammatoires* et même *cicatricielles*, au niveau du point rétréci.

Comme on le voit, ces dilatations ne méritent plus le nom d'*idiopathiques*, mais ce sont des simples *rétro-dilatations secondaires*; leur grande capacité est expliquée par la lente évolution des lésions.

Le traitement doit donc être dirigé contre la cause initiale; la dilatation progressive de cette variété de sténose, en particulier par l'électrolyse circulaire, amène rapidement la diminution de ces dilatations et permet, chez ces malades, l'alimentation normale, qui, dans un certain nombre de cas, était devenue tout à fait impossible.

Diabète par anhépatie.

Dans le diabète par anhépatie, variété dans laquelle le foie est incapable de retenir le sucre ingéré ou formé dans l'organisme et qui se caractérise par une glycosurie minime, par une polyurie peu accusée en même temps que par la rareté des grands symptômes, tels que la polydipsie et la polyphagie, l'opothérapie hépatique donne souvent d'excellents résultats, ont constaté le professeur Gilbert et le professeur agrégé Carnot.

Ceux-ci administrent volontiers par voie rectale des extraits de foie préparés en écrasant dans un moulin à viande de 100 à 150 grammes de foie de porc frais que l'on a fait macérer durant deux heures dans 200 à 250 grammes d'eau tiède (35° à 38°).

L'extrait ainsi obtenu est filtré à travers plusieurs doubles de mousselines et l'on exprime par torsion.

Encore qu'assez généralement le lavement tiède préparé de la sorte soit assez bien supporté, on conçoit sans peine que cette façon quelque peu compliquée de faire de l'opothérapie hépatique soit du goût de peu de malades.

Aussi bien, une telle recette est-elle vraiment par trop compliquée pour devenir jamais d'utilisation courante.

Mais, comment, à son défaut, recourir à l'opothérapie hépatique ? Rien n'est, en réalité, plus aisé, avec la fludine, qui est une préparation résultant de l'association de la thiarféine ou thio-méthyl-arsinate de caféine avec des extraits totaux de foie et de rate.

Cette combinaison nouvelle est, du reste, particulièrement heureuse dans les cas de diabète. Non seulement, en effet, elle apporte un moyen infiniment commode et pratique pour faire de l'opothérapie hépatique, mais par l'arsenic qu'elle renferme, elle constitue un médicament de premier ordre pour le traitement de la glycosurie.

Préconisée par Berndt (de Greifswald), par Trousseau, par Devergie, etc., les bons effets de l'arsenic — qui est particulièrement utile chez les diabétiques très affaiblis, chez ceux menacés de tuberculose — ont été encore vérifiés par Sackowsky et plus récemment par Quinquand, qui déclare que ce médicament « est le frein modérateur du diabète ».

La fludine qui associe un composé arsenical aux éléments hépatiques ne peut donc que rendre aux malades diabétiques les plus signalés services.

Les crises abdominales des goutteux et oxalémiques.

Il existe chez les goutteux des crises abdominales très différentes, au moins par leur origine, des gastrites et des entérites vraies, qui ressortissent à une névralgie solaire, à une cœlialgie et sont caractérisées, tantôt par des douleurs gastriques avec vomissements, tantôt par de l'entéralgie spasmodique, mucorrhéique ou diarrhéique, tantôt enfin par des phénomènes gastro-intestinaux plus discrets et d'allure dyspeptique.

Les malades qui présentent ces crises abdominales sont des uricémiques et surtout des oxalémiques. Le taux de l'acide oxalique de leur sang pouvant atteindre 8 grammes pour 1.000, tous leurs tissus sont d'autant plus imprégnés que les éliminations urinaire, intestinale, pulmonaire sont souvent insuffisantes. Une grande partie du produit toxique se fixe alors sur le système nerveux, cerveau et moelle, où l'on dose jusqu'à 2 et 8 centigrammes pour 1.000, système nerveux périphérique, plexus et ganglions solaires, où l'on peut caractériser histochimiquement de l'acide oxalique.

La névralgie solaire des goutteux doit donc tirer bénéfice d'une thérapeutique générale plutôt que digestive, dont les médicaments éliminateurs, destructeurs et neutralisants de l'acide urique et oxalique sont avec le régime les bases principales.

Pour cette raison, aux malades présentant de semblables crises, il est de tout avantage, pour régulariser leurs fonctions intestinales souvent altérées, de prescrire la cure de jubol et de les soumettre concurremment à la cure d'urodonal qui est, comme chacun sait, le dissolvant par excellence de l'acide urique, des urates et des oxalates dont il assure de la sorte la parfaite élimination.

REVUE DE PHYSIOLOGIE

Sur les effets physiologiques du sang urémique, par MM. A. Pi-Suñer et J. Alomar.

Nous avons démontré, il y a déjà quelque temps, l'influence stimulante du sang faiblement urémique sur le travail de la sécrétion urinaire (1). Ces résultats étaient en concordance avec la loi générale des excitants spécifiques, dont on démontre continuellement de nouveaux et très intéressants exemples.

Dans cette nouvelle série expérimentale, nous nous sommes proposé l'étude des effets résultant de l'injection, répétée pendant longtemps, de petites doses de sang de chiens néphrectomisés. Nous recherchions spécialement l'action du sang urémique sur les reins, mais nous avons trouvé aussi importante l'action de ce sang sur le métabolisme.

Nos expériences démontrent, en effet, la stimulation exercée par le sang urémique sur les échanges nutritifs et particulièrement sur la phase de désassimilation. Nous avons soumis les chiens de nos expériences à des analyses répétées d'urine pour en déterminer préventivement la caractéristique urinaire; ils ont reçu un régime constant, presque carnivore, et ont fait le même travail pendant la durée de l'expérience. Nous les avons traités en leur injectant tous les six jours de faibles quantités (10-20 centimètres cubes, selon le poids de l'animal) de sang urémique de quarante-huit heures. Dans ces conditions, le sang urémique ne produit qu'exceptionnellement l'inhibition rénale (2); il provoque, au contraire, de la polyurie. Le sang urémique, en faible quantité ou peu chargé des toxiques urémiants, est donc un excitant de la sécrétion rénale.

Cette action excitante du sang urémique persiste pendant le traitement prolongé par le sang. On observe, chez les chiens de nos expériences, des chiffres de diurèse très forts; nous pouvons citer comme exemple un de nos cas, où, de 800 grammes, quantité normale d'urine journalière, nous sommes montés à 2.000.

A côté de ces effets urinaires, on observe des phénomènes nutritifs très intéressants. Dans les premiers jours du traitement, l'animal se montre actif, content et agile; il augmente souvent de poids. Mais cette période dure peu. Sans qu'il y ait de changement dans les conditions de la sécrétion des urines, survient la période de destruction nutritive: le chien perd son appétit, devient triste, son poil tombe et, souvent, se font des ulcérations cutanées; il y a aussi de la diarrhée, et fréquemment de l'albuminurie avec des cylindres hyalins dans les urines; plus tard, apparaissent des parésies des membres et l'amaigrissement est très rapide. Dans les derniers temps, les urines (qui sont toujours abondantes) perdent de leur concentration et l'animal meurt par cachexie, généralement en trois mois. C'est comme si, par l'influence du sang urémique, avaient été forcés les ressorts du métabolisme; c'est quelque chose de semblable à ce qu'on observe dans le diabète grave ou après les extirpations expérimentales du pancréas.

Nous pourrions nous expliquer ces phénomènes par deux hypothèses: par l'influence stimulante des produits cataboliques sur les fonctions anaboliques (Carracido), ou par l'exagération du travail rénal qui serait la cause d'une excitation surnormale de l'activité nutritive, compensatrice de l'élimination extraordinaire des produits azotés; ce serait une véritable usure des tissus; quelque chose de semblable à ce qui se produit pour la glycose avec la glycosurie par la phloridzine.

Il nous faut dire encore que le sang de chien normal n'exerce aucune influence sur l'activité du travail du rein, mais qu'il paraît être capable de produire, par son injection prolongée, un état cachectique équivalant peut-être à celui qui a été observé par Cawadias comme résultat des injections continuées de sérum hétérologue (humain) dans le péritoine du cobaye. Ces faits pourraient être compris assurément dans les phénomènes d'anaphylaxie, mais non les effets sur les reins démontrés par nos expériences. Ceux-ci prouvent une influence toute spéciale qui est propre au sang urémique. (*Laboratoire municipal de bactériologie de Barcelone.*)

(1) Pi-Suñer. *La antitoxia renal.*

(2) Pi-Suñer. *Comptes rendus de la Soc. de Biologie*, LVIII, 1905, nº 18.

REVUE DE STOMATOLOGIE

Processus pathologique de la carie dentaire, par MM. L. Dieulafé et A. Herpin.

La dent comprend dans sa constitution deux ordres de tissus, les uns complètement arrivés au terme ultime de leur évolution et sans aucune relation avec leurs éléments générateurs (émail), les autres constitués par des substances dures (ivoire) et des substances molles (pulpe et fibres de Tomes) et pourvus de moyens de nutrition qui les mettent en relation avec le restant de l'organisme.

Les processus pathologiques varient dans les deux cas: dans le cas de l'émail, les lésions seront toujours des lésions de destruction; dans le cas de l'ivoire et de la pulpe, à côté des lésions de destruction, il y aura des processus réactionnels de défense. Aussi, dans l'étude de la carie dentaire, il y a lieu de concevoir des lésions destructives des tissus durs, des phénomènes réactionnels de la pulpe, des lésions inflammatoires de la pulpe. Si l'on suit la filiation des phénomènes pathologiques, on les voit se dérouler ainsi:

Processus d'attaque,
Processus de destruction,
Processus de défense,
Processus d'invasion profonde et d'inflammation ou même de destruction pulpaire.

Deux images schématiques montrent l'ensemble de ces processus, qui aboutissent essentiellement à la combinaison suivante des lésions:

1º Destruction des tissus durs et réaction pulpaire.

Au niveau de l'émail, cavité plus ou moins anfractueuse avec fragments de tissu adamantin et nombreux micro-organismes; invasion plus ou moins profonde du tissu adamantin ou du tissu dentinaire par les micro-organismes; zone de défense dans le tissu dentinaire, s'étendant plus ou moins profondément, pouvant atteindre jusqu'à la cavité pulpaire. Les phénomènes peuvent se résumer ainsi:

Destruction de l'émail,
Envahissement de la dentine,
Défense de la dentine.

2º Destruction des tissus durs et inflammation pulpaire.

Au niveau de l'émail, grande brèche, grande perte de substance, invasion microbienne plus ou moins étendue sur les bords de cette brèche; au niveau de l'ivoire, perte de substance plus ou moins profonde tout autour de laquelle le tissu dentinaire présente des zones obscures, des corps granuleux, des zones claires irrégulières parsemées de points foncés et de microorganismes; assises profondes, limitant la cavité pulpaire, effondrées ou bien granuleuses et infiltrées de micro-organismes; dans la cavité pulpaire, inflammation du tissu, trame conjonctive hourrée de cellules inflammatoires, dilatations vasculaires, diapédèse; parfois formation de pus; à un degré ultime, nécrose du tissu pulpaire. Les phénomènes observés consistent essentiellement en:

Destruction des tissus durs,
Inflammation de la pulpe.

Selon que l'évolution des lésions sera lente ou rapide, que la virulence des micro-organismes sera légère ou très marquée, que la pulpe sera saine ou aplasiée par vice de nutrition ou nécrosée à la suite de lésions internes, on verra les phénomènes réactionnels être plus ou moins intenses et plus ou moins efficaces dans leur rôle de protection. C'est dans les variations des facteurs étiologiques et pathogéniques que se trouve le secret des différences anatomopathologiques et des différences d'évolution clinique des lésions.

CARNET DU PRATICIEN

Angine syphilitique

Iodure de potassium....... 5 grammes
Infusion de feuilles de sauge 200 —

Pour gargarismes.

Prostatite

Le traitement de la forme catarrhale est le même que celui de l'urétrite postérieure: lavages au permanganate de 1 p. 5.000, puis à 1 p. 2.000. Au bout de quatre à cinq jours, alterner avec le nitrate d'argent à 1 p. 2.000; à l'intérieur, pagéol et urodonal.

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 40.000 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 35, rue J.-J. Rousseau

Le Gérant: Docteur Lucien Graux.

A NOS ABONNÉS

Nous offrons à nos abonnés les colonnes de la *Gazette Médicale de Paris* et serons heureux de faire paraître toute annonce relative à la vente ou à la cession de leur clientèle.

Il est bien entendu que nous mettrons en rapport avec le titulaire de l'annonce ceux de nos confrères qu'elle aura intéressés.

Les abonnés ont droit à deux insertions gratuites.

POUR LES NON-ABONNÉS

L'insertion sera taxée à 0 fr. 25 le mot.

OFFRES ET DEMANDES

Joindre à chaque lettre un timbre pour transmission. Il n'est donné de réponses que par lettres.

514. — Nord. A céder après 20 ans d'exercice **clientèle sérieuse** et facile à développer par confrère jeune et actif, recettes 10.000, fixe 2.000, loyer 600, maison entière Prix 5.000 comptant. On se retire pour raison de santé, longue présentation.

514. Savoie, **maison de santé à céder** dans d'excellentes conditions, laissant de sérieux bénéfices. Il faut 100.000 comptant pour traiter.

515. — Médecin militaire ayant démissionné, 38 ans, achèterait **clientèle** dans la banlieue de Paris faisant au moins 20.000, dispose de 10.000 comptant, exigerait présentation sérieuse.

516. — Jeune docteur connaissant la radiographie et l'électrothérapie désirerait **situation bien rétribuée** dans maison de santé sérieuse, ferait volontiers un contrat.

517. — Docteur quittant Paris pour raison de santé, désire acquérir dans le Centre **clientèle** comportant des fixes si possible et peu fatigante.

521. — Ouest. **Bon cabinet d'oculiste et de laryngologie à céder.** Recettes 20.000, loyer 1.600. Prix à débattre, longue présentation.

522. — Nord. **Clientèle datant de 12 ans** dans sous-préfecture. agréable. Recettes 10 000, loyer 1.200 maison et jardin. Prix 8 000

523. — Est. **Seul médecin**, on fait la pharmacie. Recettes 10.000, une bicyclette suffit, fixes administratifs 1 500. Loyer 400. Prix 5.000. Clientèle susceptible d'augmentation avec auto.

524. — Seine-et-Oise. Localité agréable, 1/2 heure de Paris, **seul médecin**, recettes 9 500. On est médecin du chemin de fer, loyer 400. Prix 7.000.

525. — Seine-et-Oise. **Seul médecin**, recettes 15 000, loyer 1.000, rayon peu étendu, installation très confortable. Prix 12.000 comptant.

526. — **Bon cabinet d'oculiste** faisant aussi un peu de laryngologie à céder. Recettes dépassant 20.000 francs. Urgent. Il ne sera répondu qu'aux lettres ayant timbres; adresse Journal.

527. — Seine-Inférieure. Localité agréable, 1 200 habitants, **seul médecin**, installation très confortable, recettes 10.000. Prix à débattre.

528. — Sud-Est. **Clientèle** sérieuse, recettes 11.000, loyer 500, maison, jardin, tout près d'une grande ville, un autre confrère dans la localité, situation à développer. Prix à débattre.

529. — Manche. A céder, **faible indemnité**, raison de famille, recettes 10.000 prouvées, chef-lieu de canton, clientèle choisie. Pressé.

530 — Côtes du-Nord. A céder pour raisons de santé, **clientèle bien assise.** recettes 12.000, on est médecin du chemin de fer. Pays très agréable : pêche, chasse; situation très avantageuse susceptible d'augmentation.

OCCASIONS

Joindre à chaque lettre un timbre pour transmission. Il n'est donné de réponse que par lettre.

6. — A vendre **belle glace** pour salon 1m40 x 1m75. Joli cadre bois sculpté avec filets d'or. S'adresser au journal.

11. — Un **lustre Empire** bronze doré ciselé, avec jardinière coupe mé al au centre, transformé à l'électricité, 9 lumières extérieures et une intérieure Très belle occasion, 650 francs.

12. — Une **commode ancienne**, époque Louis XVI. montants cannelés acajou, 3 tiroirs dans le haut, deux grands dans le bas, très joli marbre noir moucheté, excellent état, 1 m. 25 x 0 m. 55. Prix 275 francs.

13. — **Jolis bougeoirs Louis XVI**, métal plaqué argent avec écussons, très décoratifs, 40 fr. la paire.

L'ASSURANCE-VIE

Après avoir créé un service de détaxe de contributions et de vérification gratuite de contrats d'assurances de toute nature, nous ne pouvons pas laisser de côté cette si intéressante forme de la *Prévoyance* qui s'appelle *L'Assurance Vie.*

L'Assurance-Vie, ainsi qu'on la conçoit de nos jours, et non plus sous la forme désuète sous laquelle on la pratiquait autrefois, est devenue pour toute personne soucieuse de ses intérêts « le bon placement de père de famille » dans toute l'acception du terme.

L'Assurance-Vie est surtout nécessaire, sinon indispensable, à toute personne pourvue d'une situation libérale et relativement lucrative, situation qui, en lui donnant le bien-être, lui permet de donner à ses enfants une instruction et une éducation que notre époque actuelle impose.

Le médecin est le prototype et le vivant exemple de celui auquel s'adresse *L'Assurance Vie.*

En effet, les multiples dangers auxquels il est exposé chaque jour par sa profession, dangers de contamination ou autres qu'il est bien difficile de toujours éviter malgré une antisepsie répétée et rigoureuse, lui font un devoir de mettre à l'abri du besoin les êtres qui lui sont chers dans le cas où il viendrait à leur manquer.

Songe-t-on à ce que peut devenir la famille d'un médecin, gagnant normalement sa vie, après la disparition du chef de famille!

Voit-on cet intérieur dévasté, là où régnait la douce quiétude que donne l'aisance par le travail! Les enfants, préparés déjà pour des carrières libérales et lucratives, doivent aussi abandonner leurs études pour venir en aide à la mère qui elle-même doit chercher une occupation pour *assurer sa vie.*

Assurer sa vie! voilà ce que nous devrions tous faire! Que serait, en effet, sur un budget annuel de médecin, la disposition d'une somme relativement minime au profit de soi-même et des siens dans la certitude que plus tard, en cas de vie, l'on touchera les 20, 30 ou 50.000 francs que, sagement, l'on aura mis de côté.

C'est dans cet esprit que nous avons créé un service tout spécial pour lequel nous nous sommes attachés un technicien de grande valeur, et non contents de préconiser les diverses combinaisons offertes par les Grandes Compagnies d'Assurances Françaises sur la Vie, nous mettons à la disposition de nos lecteurs d'autres combinaisons toutes spéciales et très particulières, adéquates à chaque personne, qui, étudiées avec une grande attention permettent de donner *le maximum de Garantie pour le minimum de prime.*

Nous engageons donc vivement nos lecteurs et abonnés à profiter de ce nouveau service : qu'ils ne craignent pas d'en user, nous serons toujours heureux de leur répondre à ce sujet et de leur donner tous les renseignements qu'ils demanderont.

NOTA. — Dans notre prochain article concernant les *Assurances Vie*, nous examinerons quelques combinaisons et signalerons à quelles situations elles répondent. Nous parlerons également du sort réservé aux personnes déjà assurées dans certaines compagnies étrangères et sur ce qu'il y a lieu de faire pour sauvegarder leurs intérêts.

Egalement, nous nous mettons dès maintenant à la disposition de nos lecteurs pour vérifier leurs polices et les renseigner sur leur valeur actuelle.

Ecrire au bureau de la *Gazette.*

ÉCHOS

Produits nouveaux

Le Laboratoire de Produits Biologiques A. Daniel-Brunet, 5, rue du Docteur-Blanche à Paris, prépare sous forme de tablettes, un produit connu sous le nom de « Ostéohépatine » et contenant de l'extrait osseux complet associé à de l'extrait hépatique total.

Le laboratoire se met à la disposition du Corps Médical pour toute demande concernant soit le Cholergine, extrait hépatique injectable, soit l'Ostéohépatine.

Une méthode japonaise pour rappeler à la vie.

Cette méthode est ainsi rapportée par le *New York medica Record :*

Le kuatsu (partie intégrante du jiu-jitsu) est la méthode à laquelle les Japonais ont recours pour rappeler à la vie ceux qui ont été « knocked out ». On a constaté qu'elle était efficace aussi dans les cas d'insolation, d'asphyxie pour des noyés et des évanouissements pour d'autres causes.

La méthode est pratiquée de la façon suivante : Le sujet est étendu la face contre terre, les bras allongés de chaque côté et l'opérateur avec son poignet frappe rudement la 7e vertèbre cervicale avec la régularité d'un charpentier frappant avec un marteau. Aussitôt que le malade recouvre connaissance, il est placé dans une posture assise, les bras sont mis en mouvement rotatif et il est aidé à marcher.

Cette dernière instruction est regardée comme indispensable dans l'application du kuatsu, son objet étant de rétablir complètement les fonctions de la circulation et de la respiration.

Autrement, est-il dit, le patient retombe dans l'inconscience.

Suivant l'auteur, Abram, le point essentiel de cette méthode est l'ébranlement de l'épine de la 7e cervicale. C'est un des moyens par lesquels le réflexe du cœur peut être obtenu. L'instrument le plus efficace pour cet effet est un marteau pneumatique. L'auteur déclare qu'il a eu l'occasion de pratiquer le choc vertébral dans bien des maladies infectieuses aiguës impliquant le cœur et il a noté l'action presque miraculeuse de la méthode en question.

Hémorrhoïdes.

Le Jubol donne des résultats excellents et constants.

Mlle M. Le Chevalier, professeur de dessin, d'aquarelles et d'art décoratif, membre de la Société des Artistes français, prépare les élèves aux examens du brevet élémentaire et supérieur d'après les nouveaux programmes.

Rue d'Hauteville, 34, les lundis et mercredis de 3 heures à 5 heures.

82e Année (Série XIIIe) — N° 124 | Le Numéro 25 Centimes | Mercredi 13 Décembre 1911

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
9, Rue Denis-Poisson, PARIS
TÉLÉPHONE : 573-40

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale......... 15 fr.
Edition Espagnole.... 10 fr.
Edition Portugaise.... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

ÉCHOS

Suspension du Cours d'Anatomie.

A la suite des troubles survenus au cours de M. Nicolas depuis son ouverture, le vice-recteur de l'Académie de Paris vient de prendre un arrêt suspendant jusqu'à nouvel ordre le cours d'anatomie de la Faculté de médecine et les travaux pratiques annexes.

D'autre part, on annonce que cinq étudiants comparaîtront cette semaine devant le Conseil de l'Université de Paris pour y répondre de leur attitude au cours des dernières manifestations.

Distinctions honorifiques.

MÉDAILLE D'OR DU MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — M. Emeric, inspecteur départemental de la Loire pour les services de désinfection.

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES. — *Médaille d'or* : M. Foubert, à Oudjda.

Médaille d'argent : MM. Orjuben, à Saint-Nazaire; Gobinot, Debombourg, Charrier, médecins du corps de santé militaire.

Médaille de bronze : MM. Sénéchal, à Nanterre; Bonry, à Bordeaux; Fourtean, externe des hôpitaux de Lyon.

Faculté de médecine de Lyon.

M. Courmont (Paul), professeur de pathologie et thérapeutique générales à la faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon, est nommé, sur sa demande, professeur de médecine expérimentale et comparée à ladite faculté.

Union des syndicats médicaux de France.

Le Conseil d'administration de l'Union des syndicats médicaux de France, réuni récemment à la salle de la Société de Géographie, a élu son bureau, qui est ainsi composé pour 1912 : MM. Gairal, président; Dubuisson, député du Finistère, Barbanneau, Charier et Decourt, vice-présidents; Delpeut, trésorier; Lepaître, secrétaire général; Tourtourat, secrétaire général adjoint.

Pharmaciens de 2e classe.

Un décret présidentiel inséré au *Journal officiel* porte qu'à partir du 1er novembre 1917, il ne sera plus délivré de diplôme de pharmacien de seconde classe.

La réforme des études médicales.

Le nouveau décret sur les études médicales vient d'être envoyé par le ministre de l'Instruction publique à la signature du président de la République.

Ce décret a été élaboré par une grande commission, dans laquelle siégeaient, à côté des professeurs de médecine, des médecins des hôpitaux, des savants s'occupant de questions médicales, des praticiens, des membres du Parlement; elle a travaillé pendant près d'une année. Le décret sur les études médicales, ainsi que le décret relatif au stage hospitalier, qui est le complément du premier, sont la mise en forme fidèle de ses conclusions.

La réforme a pour objet d'accentuer le caractère expérimental, pratique et professionnel de l'enseignement médical et de fortifier l'éducation scientifique et clinique du futur médecin. En voici les dispositions essentielles :

1° La durée des études médicales est portée de quatre ans à cinq ans. Cette prolongation était indispensable pour permettre la fréquentation nécessaire de l'hôpital et du laboratoire, et empêcher qu'on puisse devenir médecin avec un savoir purement livresque;

2° Les travaux pratiques (physiologie, physique et chimie médicales, bactériologie, etc.) seront réellement obligatoires. Ils seront coordonnés avec l'enseignement de façon à en présenter le commentaire expérimental;

3° Le stage hospitalier s'étendra à toute la durée des études médicales. Il commencera par les notions indispensables de propédeutique clinique et se continuera par des stages dans les divers services. Il importe, en effet, que, pendant son séjour à la Faculté, le futur docteur en médecine soit amené à observer et à voir soigner toutes les affections graves que, dès sa sortie de la Faculté, il peut rencontrer dans la pratique;

4° Enfin, pour diminuer la part de chance dans les examens, les étudiants auront un livret scolaire où seront indiquées les notes qu'ils ont obtenues aux travaux pratiques, aux exercices cliniques et aux examens antérieurs.

Telle est la réforme. Au surplus, le ministre se réserve, afin d'en mieux assurer le succès, de constituer une Commission permanente de l'enseignement médical qui sera composée, comme la Commission précédente, de la façon la plus libérale et où seront représentés tous ceux qui par leur profession ou par leurs travaux ont à s'occuper de ces questions. Il n'est pas de carrière plus utile et plus honorable que la carrière médicale, mais il n'en est pas de plus grave. L'État, qui délivre le diplôme de docteur en médecine, assume de ce fait une lourde responsabilité; il doit au pays de ne rien négliger pour former des médecins qui, par la pratique du laboratoire et de l'hôpital, soient en mesure d'accomplir leur tâche pour le plus grand bien de tous.

— A propos de l'application prochaine de ce décret, l'Association corporative des étudiants a organisé un meeting de protestation au cours duquel a été adoptée la résolution suivante :

« Les étudiants réunis à l'A. C. approuvent l'attitude de la corporation dans les questions d'enseignement;

« Repoussent le décret, qui est : 1° inapplicable dans la pratique; 2° néfaste, parce qu'en multipliant les travaux pratiques et les stages spéciaux, il détruit l'enseignement clinique et enlève à l'étudiant toute facilité pour ses études personnelles; 3° incomplet, parce qu'il ne prévoit pas l'extension du stage à tous les services hospitaliers et surcharge au contraire les services déjà encombrés;

« Demandent l'abrogation du décret et la mise à l'étude, par le Conseil médical supérieur préconisé par le Congrès des praticiens, d'une réforme basée sur l'extension du stage. »

Legs Henri Huchard.

On lit dans le numéro 38 de son *Bulletin* que l'Académie de Médecine a été autorisée à accepter le legs fait à son profit par M. Frédéric-Eugène Virgile, (dit Henri) Huchard.

L'inspection des services vétérinaires.

Par décret, l'inspection centrale des services départementaux des épizooties et celle des services d'inspection sanitaire des animaux et des viandes à la frontière sont réunies sous le titre d' « inspection des services sanitaires vétérinaires ».

Ce service comprend six inspecteurs généraux dont les classes et les traitements sont fixés ainsi : inspecteurs généraux : 1re classe, 10.000 francs; 2e classe, 9.000 francs; 3e classe, 8.000 francs; 4e classe, 7.000 francs; 5e classe, 6.000 francs.

L'un des inspecteurs généraux est chargé des fonctions de chef de service.

Il pourra recevoir à cet effet un supplément de traitement de 2.000 francs au maximum.

M. Leclainche, membre correspondant de l'Institut, professeur à l'Ecole nationale vétérinaire de Toulouse, est nommé inspecteur général, chef du service.

Appendicites et Abcès appendiculaires

Par le Dr Ricardo LOZANO

Professeur à la Faculté de Médecine de Sarragosse.

A mesure que mon expérience personnelle s'accroît, je suis de plus en plus convaincu que toute appendicite doit être opérée dès qu'on la reconnaît.

Je pourrais citer beaucoup de cas de malades traités par moi et qui furent guéris par le seul traitement médical; mais, que de malades ne seraient pas morts, peut-être, s'ils avaient été opérés!

Et, comme en présence d'un cas déterminé il n'est pas possible d'être rassuré pour l'avenir, mieux vaut donc opérer tous les cas d'appendicite à moins de contre-indications spéciales.

Je choisis, entre plusieurs, un cas clinique tout récent.

Il s'agissait d'un jeune homme de 25 ans, cultivateur, originaire d'une localité de la province de Huesca.

Il vint me trouver à mon sanatorium à six heures du matin, accompagné de plusieurs membres de sa famille et après un voyage de six heures en chemin de fer.

Il croyait être atteint d'obstruction intestinale; son affection datait de quatre jours.

Le lendemain du jour où le mal s'était déclaré, le malade avait fait la fête avec des amis; trois ou quatre jours auparavant, me dit-il, il avait déjà souffert de coliques.

Au moment où je lui fais ma première visite, le malade se plaint d'angoisse générale et d'une douleur intense dans l'abdomen. Le pouls marque 100 pulsations; la température axillaire est de 38°5. Faciès un peu décomposé. Abdomen légèrement dur, sans tympanisme; enflure dans la cavité droite. Le malade demande à cor et à cris qu'on lui enlève sa douleur abdominale et qu'on lui facilite la défécation.

On le met au lit et on lui fait une injection de morphine, une autre de sérum (300 grammes) et on lui met un cataplasme à la glycérine.

Le malade a une selle abondante et s'endort.

Ce soir-là il se trouvait beaucoup mieux, sans douleur abdominale et avec 38° de température; il disait que dans ces conditions toute intervention chirurgicale était devenue inutile et s'opposait à ce qu'on la pratiquât.

La famille, consultée, préfère l'opération *à froid* à l'opération immédiate *à chaud*. J'y consens, en m'appuyant sur ce fait que je me trouve en présence d'un malade dont l'affection remonte à cinq jours et dont l'état, au lieu de s'aggraver, s'est amélioré sur les simples mesures prises au sanatorium.

Le lendemain matin, vers 9 heures, mon malade va mieux; il a été spontanément à la selle, il éprouve du bien-être, son ventre est mou, le pouls, l'enflure de la cavité droite persiste; pouls plein; le pouls donne 80 pulsations; la température est de 37°5.

On décide d'attendre et de remettre l'intervention à deux jours. Mais, ce soir-là, l'état s'aggrave, le pouls marque 120 pulsations, la température tombe à 36°, le faciès se décompose, de la difficulté respiratoire survient, l'abdomen se tympanise; finalement, le malade est atteint de péritonite généralisée et succombe dans la nuit même.

Ce cas n'est que la répétition d'autres cas nombreux d'appendicites qui présentent, le cinquième jour, une amélioration trompeuse, prélude de la déclaration d'une péritonite généralisée qui ne laisse place à aucune mesure de salut.

C'est que la péritonite locale s'est propagée à tout le ventre accompagnée, dans son développement de mouvements intestinaux qui ont amélioré les conditions statiques de l'abdomen, partant l'état général, du malade autant d'heures que l'auto-intoxication d'origine péritonéale tarde à se déclarer.

Ce n'est pas le moment de discuter ici la genèse de ces crises trompeuses, ni jusqu'à quel point il peut être donné au chirurgien de les connaître, pour devancer les événements.

Je veux seulement démontrer que quand le chirurgien se trouve en présence d'un malade atteint d'appendicite, bien que celle-ci se développe favorablement, il doit s'attendre à tout moment aux accidents mortels, et que la seule manière capable de sauvegarder la vie du malade est d'attaquer chirurgicalement ce foyer infecté de l'abdomen.

Tout ce qui a été écrit sur l'appendicite, toutes les discussions qui ont roulé sur cette affection, les grandes statistiques opératoires, tout, absolument tout, indique au chirurgien qu'il doit intervenir le plus promptement possible, sauf contre-indications spéciales.

Chez nous, les conditions de la vie sociale sont un obstacle immense à l'intervention active dans les cas d'appendicite.

Mais tout cela exigerait un exposé minutieux qui n'entre pas dans nos desseins. Les chirurgiens partisans de l'intervention, en effet, seront toujours soutenus dans les cas trompeurs, dans les cas de mort survenue faute d'opération; et les abstentionnistes seront non moins approuvés dans les cas de guérison obtenue par les seuls moyens médicaux.

Nous nous occuperons aujourd'hui de cas intermédiaires que n'a pas guéris le traitement médical et qui n'ont pas eu davantage de dénouement mortel. Nous voulons parler de cas d'appendicites suppurées, d'abcès purulents appendiculaires.

Ils constituent une série de cas qui, à eux seuls, en dehors de ceux qui déterminent la mort en quelques heures, quand on s'y attendait le moins, suffiront à imposer le traitement chirurgical.

Toute appendicite qui débute peut aboutir à un abcès; ce peut être une appendicite suppurée.

Au point de vue pronostic, cette sorte d'appendicite est plus grave que les appendicites catharrales et plus bénigne que les appendicites gangréneuses ou perforées.

D'après Howar Kelly, la moitié des appendicites sont suppurées.

Il n'y a pas de ligne de démarcation entre l'appendicite purulente et celle qui ne l'est pas.

L'intensité de la réaction inflammatoire est due principalement à la virulence du microbe. D'ordinaire, l'infection légère n'est pas purulente, tandis qu'une infection accentuée amène la suppuration, à moins que la virulence du microbe ne soit tellement extraordinaire qu'elle n'occasionne une toxiémie et la mort avant que les tissus aient eu le temps de former le pus. On peut affirmer que, là où il y a du pus, il y a eu un processus de défense organique, et que, par conséquent, l'appendicite n'a pas la gravité de ces appendicites gangréneuses ou perforées chez lesquelles ont disparu toutes les défenses organiques au milieu de la toxiémie générale qui envahit l'organisme.

Pour que puisse se former l'abcès purulent appendiculaire, les microbes traversent les parois enflammées, ulcérées ou perforées, suivant les cas, de l'appendice; ils arrivent au péritoine où ils restent cantonnés par les adhérences intestinales, par les adhérences de péritonite plastique.

Le siège de l'abcès, par rapport à la topographie abdominale, dépend: de la position du cœcum, de la direction et de l'étendue de l'appendice, du siège de la perforation appendiculaire, de l'influence qu'exerce l'action de la pesanteur, de la résistance des organes voisins.

Le siège d'élection est le plus souvent la fosse iliaque droite; puis, vient le bassinet.

Voici une statistique d'abcès classés d'après le siège qu'ils occupaient:

A la fosse iliaque droite, sous le cœcum..	27 cas
A la fosse iliaque droite, derrière le cœcum.	6 —
A la région lombaire droite.............	3 —
Au bassinet.........................	10 —
Sur la ligne moyenne, au-dessus du bassinet........................	1 —
Total...............	47 cas

L'abcès de la fosse iliaque peut être en relation avec la paroi abdominale et devenir immobile; d'habitude, cependant, il se meut à l'intérieur de la cavité abdominale. C'est ce qui arrive, notamment, quand il se développe entre les anses intestinales, ou entre celles des feuilles du mesentère, ou entre les intestins et le grand épiploon.

Les abcès dont la situation est le plus favorable au malade comme à la thérapeutique, sont les abcès pelviens et ceux des cavités: ce sont ceux qui offrent le moins de chances d'absorption septique, parce qu'ils sont plus pauvres en lymphatiques absorbants.

Un abcès de la cavité droite peut monter, toutefois, vers la région subphrénique, laquelle possède un grand pouvoir absorbant.

Les abcès localisés entre les anses intestinales sont très dangereux, à cause de la grande surface péritonéale contaminée et la facilité d'absorption des produits microbiens qui engendrent une intoxication des plus graves.

Les interventions chirurgicales nous fournissent journellement d'excellents résultats quand l'abcès se trouve limité par une paroi résistante; de là, l'intérêt majeur qu'il y a, l'excellente pratique qui consiste à attendre que cette paroi se soit formée. Malheureusement, plusieurs facteurs s'opposent à ce que le chirurgien recueille autant de profit qu'il le pourrait et le devrait de la méthode expectante.

1° La paroi de l'abcès peut être incomplète sur un ou plusieurs points et, par

ceux-ci, engendrer de nouveaux abcès pouvant être circonscrits ou former une série qui caractérise la péritonite progressive fibrino-purulente, suivant l'expression de Mikulicz ;

2° Les bactéries peuvent traverser les parois en apparence intactes et créer des abcès sans communication avec l'abcès primitif. Ces cas sont importants au point de vue thérapeutique, car, si l'on trouve l'abcès originaire, les autres passent inaperçus et restent abandonnés dans la cavité abdominale ;

3° La virulence exagérée ou l'accumulation excessive peuvent donner lieu à la gangrène et à la rupture de la paroi, occasionnant ainsi une péritonite généralisée où, sans qu'il y ait rupture de la paroi, les bactéries qui s'y trouvent logées peuvent causer également une péritonite généralisée ;

4° Les abcès peuvent se perforer dans une autre cavité, telle que la plèvre ou les poumons et entraîner la gravité d'usage. Je pourrais citer des cas de cette catégorie auxquels j'ai eu affaire : je les passe sous silence pour ne pas élargir cette étude.

Il peut survenir des érosions aux vaisseaux, aux artères, aux veines, origine de phlébites, artérite et pyohémies ;

5° Quand l'abcès reste inaltérable, il peut engendrer une septicémie générale.

En étudiant tous ces facteurs, on voit les dangers qu'entraîne avec elle la méthode expectante et comment la croyance en la formation d'une paroi purulente forte et résistante comporte de graves inconvénients.

Et ceci est une preuve de plus à l'appui de la théorie interventionniste la plus prompte possible, afin d'empêcher que l'abcès ne se forme, et de l'opportunité qu'il y a à opérer dès qu'il s'est formé ou dès que la paroi a acquis assez de résistance pour s'opposer à la diffusion du pus renfermé dans l'abcès.

La suppuration est extrapéritonéale si l'appendice se trouve en arrière du cœcum, en dehors du péritoine. Dans ce cas, il se forme un abcès extrapéritonéal qui tantôt reste limité et tantôt s'étend. Cette propagation peut se diriger vers le haut et former un abcès péritonéal, ou monter plus haut encore et déterminer un abcès subphrénique. Quelquefois il est l'origine d'une pleurésie purulente sans perforation, ou d'un empyème s'il y a perforation du diaphragme et de la plèvre.

J'ai eu justement l'occasion d'opérer un de ces abcès lombaires chez le fils du Dr F..., médecin titulaire de Muel.

L'abcès était énorme ; il avait disséqué tous les tissus lombaires, depuis la fosse iliaque jusqu'à la face postérieure du foie.

Le pus peut aussi s'écouler par en bas et suivre l'enveloppe du muscle psoas-iliaque, donnant l'impression d'un abcès ossifluant par mal de Pott.

J'ai soigné un malade de cette catégorie, chez qui la suppuration principale se trouvait dans la hanche et pouvait faire croire à une péri-artrite coxo-fémorale. Le malade, septicémique, et dont l'état était arrivé au dernier degré de gravité, fut jugé atteint d'ostéite. Au cours de l'opération, on se rendit compte de l'erreur, en contatant que le pus s'accompagnait d'une grande quantité de gaz, et surtout qu'il venait de la fosse iliaque, en-dessous du ligament de Fallope. G. W. Crille, de Cleveland (Ohio), rapporte un cas où l'abcès s'étendait de la fosse iliaque droite, en suivant jusqu'à la fosse poplitée.

Après cette énumération succincte des abcès appendiculaires, il convient de se demander quelle en est la terminaison.

Il est hors de doute que quelques-uns peuvent guérir spontanément, en laissant l'appendice oblitéré ou avec des difformités favorables à de nouvelles attaques, ou bien encore des adhérences, causes de continuels désordres dyspeptiques empruntant toujours la forme de colite muco-membraneuse. D'autres fois, ce sont des bandes fibreuses qui détermineront des rétrécissements intestinaux.

La guérison spontanée se fait par ouverture de l'abcès dans une direction favorable à l'écoulement, ou par résorption du pus.

En cas d'ouverture de l'abcès, cette ouverture a une tendance générale à suivre la peau ou le canal intestinal.

Sonnemburg nous fournit la statistique suivante sur ce point particulier.

Ouverture spontanée des abcès :

Par la paroi abdominale.........	46
Dans le cœcum........	40
Antres intestins................	11
Péritoine......................	8
Plèvre...	6
Vessie urinaire................	3
Utérus.........................	1

Il est évident que dans ce cas il reste une fistule permanente qui nécessite par la suite une opération sanglante et plus grave que l'opération elle-même de l'appendicite.

J'ai traité un enfant de neuf ans, qui fut opéré de l'appendicite sans qu'il me fût possible de trouver l'appendice iléo-cœcal.

La blessure opératoire se referma. Les attaques d'appendicite se renouvelèrent, toutes suivies de l'ouverture spontanée de l'abcès à travers la peau. La fistule suppurait huit ou neuf jours et se cicatrisait ensuite spontanément. Ces attaques ne disparurent que quand j'eus pratiqué une nouvelle opération et fait le curetage des foyers péricécaux.

Les abcès périappendiculaires peuvent s'ouvrir dans la cavité abdominale et déterminer ainsi une péritonite suppurée. Cela arrive généralement à la deuxième ou à la troisième attaque, surtout si les premières ont passé inaperçues pour le médecin.

J'ai eu l'occasion de constater, sur la table même d'opération, de grands abcès de la fosse iliaque n'ayant pu se développer durant les quatre ou cinq jours qui s'étaient écoulés depuis le début de la maladie, au dire du malade.

En de pareils cas, c'est qu'il y a eu des attaques antérieures ignorées du malade qui les qualifiait de simples coliques intestinales ou d'indigestions, attaques qui n'étaient autre chose que le début de la formation d'une très grande quantité de pus.

Ce sont ces malades-là qui causent des surprises désagréables le jour où, les croyant soulagés, l'abcès vient à crever et à produire une péritonite.

Elles sont innombrables les complications qui suivent les abcès appendiculaires quand le pus attaque les artères ou les veines. C'est alors que les abcès distants se montrent, au foie, au poumon, au cerveau, pour le plus grand tourment du clinicien, lequel n'arrive pas à déterminer l'origine de la suppuration dans ces organes, si par aventure les premières attaques n'ont pas été soignées par lui-même et si le malade ne possède pas d'antécédents morbides.

Mais, l'accident qui accompagne presque toujours l'infection des vaisseaux sanguins, est la gangrène de quelque segment intestinal ou la suppuration hépatique. La gangrène de l'intestin est due dans la majeure partie des cas à l'engorgement consécutif à une trombose ou à une embolie des vaisseaux mésentériques.

La suppuration intra-hépatique a pour origine un embolus infecté qui, pénétrant dans les veines du cœcum, remonte par la veine-porte et s'arrête à l'intérieur de la glande hépatique.

Petter cite un cas d'appendicite chronique, dans lequel il y eut trombose de la veine fémorale droite et qui se termina par un engorgement du poumon. Le même auteur rapporte un autre cas de mort arrivé soudainement par engorgement pulmonaire consécutif à une appendicite.

Quand c'est le système lymphatique qui est attaqué, on assiste à des phénomènes de septicémie générale ou à des lésions hépatiques qui trouvent leur explication dans les rapports directs existant entre l'appendice et les vaisseaux et les ganglions du mésentère.

Nous voyons donc toute la portée que peuvent avoir les appendicites suppurées. Nous savons, d'autre part que la moitié des appendicites sont suppurées.

La bonne thérapeutique préventive, prophylactique, consiste à extirper tout appendice suppuré, si l'on veut éviter toute la série des abcès que peut engendrer une appendicite suppurée.

En ce qui concerne le taux de ceux-ci on devra opérer cinquante pour cent des appendicites de toutes espèces, rien qu'à cause de la suppuration.

En effet, on ne sait jamais quel dénouement aura une appendicite suppurée qui commence, si elle se terminera par un abcès au ventre ou au poumon, si elle entraînera la mort subite du malade, ou si elle aboutira à une septicémie ou à un abcès hépatique.

Celles-là même qui ont la meilleure issue laissent des restes fistuleux, une prédisposition à de nouvelles attaques, dont seule l'intervention chirurgicale pourra mettre à l'abri.

Et comme l'infection purulente fera d'autant moins de progrès que l'opération aura été plus tôt faite, il s'ensuit que toute appendicite suppurée devra être opérée sur-le-champ.

Nous pouvons dire que *la moitié des appendicites doivent être combattues par l'intervention chirurgicale.*

Nous laisserons de côté l'autre moitié pour le moment, nous bornant à dire que de ces appendicites non suppurées ce sont les perforées et les gangréneuses qui exigent l'intervention chirurgicale de la manière la plus impérative.

Restent les appendicites catharrales,

celles qui peuvent être traitées par les procédés médicaux. Même celles-là, laissent après elles des prédispositions à de nouvelles attaques et à des lésions d'obstruction appendiculaire, à des adhérences intestinales, à des péritonites localisées, qui peuvent très bien donner lieu à une intervention chirurgicale. Que si à tout cela on ajoute, qu'en presence d'un malade atteint d'appendicite il n'est pour ainsi dire jamais possible de prédire si cette appendicite sera catharrale, suppurée ou gangreneuse, on comprendra sur quelle base solide est assise l'opinion des chirurgiens qui soutiennent la nécessité de l'intervention chirurgicale dans tous les cas d'appendicite.

Les Dangers de l'Arséno-Benzol [1]

Par M. le Dr GAUCHER

Professeur de syphiligraphie à la Faculté de Médecine de Paris

Il semble que chaque semaine qui s'écoule apporte, avec elle, de nouveaux désastres dus au « 606 » et confirme ainsi, trop malheureusement, ce que je prédisais.

Voici deux nouveaux cas de mort, dont l'un nous vient de Genève et l'autre d'Amiens.

M. le professeur OLTRAMARE (de Genève) m'a envoyé l'observation suivante :

« Un homme de quarante-huit ans, de forte corpulence, dont l'infection syphilitique remonte à une quinzaine d'années, désire une injection de « 606 », bien que n'étant atteint d'aucune manifestation. A un examen complet, fait le 16 août 1911, le professeur Oltramare ne trouve aucune trouble cardiaque ou rénal, rien du côté de la moelle ni du cerveau. Le 17 août, il fait une injection intraveineuse alcaline de 0.60 centigrammes d'arséno-benzol. Revu deux jours après, le 19 août, le malade déclare avoir très bien supporté l'injection et se trouver en bonne santé. Le 20 août, il n'accuse qu'un léger mal de tête, et, le 21 au soir, il est trouvé dans sa chambre gisant à terre. Un médecin appelé constate une perte complète de connaissance avec quelques mouvements convulsifs, une température élevée, la face violacée. Le lendemain, même état de stupeur; quelques crises convulsives surviennent à nouveau ; le malade est couvert de sueur, cyanosé ; le pouls est rapide, la respiration fréquente : les pupilles, d'abord dilatées, sont contractées dans la suite ; la température monte à 40°5 et la mort survient à minuit. L'autopsie montre une lepto-méningite, des cicatrices de l'aorte ascendante, une dégénérescence graisseuse du cœur, une bronchite chronique purulente, des foyers bronchopneumoniques des lobes inférieurs qui peuvent être considérés comme de nature agonique. »

M. le Dr CARAVEN (*chef de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine d'Amiens*), me prie de vous communiquer l'observation suivante :

« Un jeune homme de vingt et un ans, atteint d'un chancre syphilitique du gland, entre à l'Hôtel-Dieu d'Amiens, le 25 septembre 1911. Le sujet, de forte stature ne présente aucune tare organique. Il vient d'être admis par le conseil de révision et doit partir au service militaire. Les urines ne contiennent pas d'albumine. Le 11 octobre le Dr Caraven fait une injection intraveineuse alcaline de 0.60 centigrammes d'arséno-benzol, très bien supportée.

« Le 18 octobre, il fait une deuxième injection intraveineuse alcaline de 0,60 centigrammes d'arséno-benzol qui est également bien tolérée.

« Le 20 octobre, le malade se plaint de souffrir de la tête. Le 21 octobre, ces douleurs s'aggravent. Le 22 octobre, on note des symptômes de méningite : délire, carphologie, raideur de la nuque, raideur des membres supérieurs, signe de Kernig. Le malade urine dans son lit. La respiration est stertoreuse. le pouls à 112. Les pupilles sont légèrement dilatées, les paupières entr'ouvertes. les yeux larmoyants, les conjonctives fortement injectées. La face et les ongles sont cyanosés: le malade est dans le coma. Une ponction lombaire donne issue à un liquide trouble et ambré. L'urine. recueillie par cathétérisme, renferme 2 gr. 30 d'albumine par litre. Dans l'après-midi. le malade est couvert de sueurs abondantes. la respiration affecte le rythme de Cheyne-Stokes ; la température s'élève à 40°1 et le pouls bat à 140. Le malade meurt le soir.

« A l'autopsie, on trouve une congestion intense et généralisée du cerveau et des poumons. Les reins sont rouges et mous. Le foie présente une consistance et un aspect normaux, l'estomac un piqueté hémorragique diffus presque généralisé. »

Cela fait quatre cas de mort que je vous communique. sans compter ceux que je ne connais pas ou que je ne suis pas autorisé à vous révéler. Il y a, notamment, un décès récent, dans un hôpital de Paris, le jour même de l'injection. Je ne sais si cette observation sera publiée.

A propos de ces nouveaux cas malheureux, je tiens à déclarer hautement que je n'ai jamais eu d'hostilité préconçue envers le « 606 » ni envers son inventeur, à la science et au labeur duquel je rends pleinement hommage. J'aurais vivement désiré que le « 606 » fût le remède idéal, *hyper-idéal même*, comme on l'a modestement appelé. Malheureusement, il n'en est pas ainsi. Les circonstances m'ayant placé à la tête de la syphiligraphie française, je suis obligé de faire mon devoir, et *mon devoir est de dénoncer un péril que je crois grand*. Le « 606 » ne vaut pas le mercure et est beaucoup plus dangereux que lui. Les faits de chaque jour le prouvent et viennent appuyer mon jugement.

Le 606 n'est pas seulement dangereux par luimême, par les accidents, parfois mortels, qu'il peut provoquer, mais aussi et surtout parce qu'il donne aux malades une *sécurité trompeuse*.

Les malades traités par le 606 se croient guéris et on leur fait croire qu'ils le sont. Ils ne suivent plus aucun traitement ; leurs accidents reparaissent toujours et, par ignorance et par inconscience, ils sèment la contagion autour d'eux.

Je vois tous les jours des malades dont le chancre a été guéri très rapidement par le 606. car ce médicament est un cicatrisant de premier ordre, dont la réaction de Wassermann est même devenue momentanément négative après le traitement, et qui reviennent, deux ou trois mois après, avec des accidents secondaires, avec des plaques muqueuses très contagieuses, et beaucoup sont très étonnés quand je leur montre que leur syphilis n'est pas guérie.

Le traitement de la syphilis par le 606 comporte donc un très grand danger social.

Le plus souvent, nous constatons les accidents contagieux, mais nous ne voyons pas les sujets contagionnés. Il faut des circonstances spéciales pour que nous puissions avoir, à la fois. sous les yeux, le *contagionnant* et les *contagionnés*.

C'est pourquoi il me semble très important de vous faire connaître les deux observations suivantes. que le Dr BROQUIN, *directeur du Bureau d'hygiène de Troyes*, m'a prié de vous communiquer :

I. — « Une femme de vingt-quatre ans, se livrant. dans une ville de province, à la prostitution clandestine, contracte un chancre syphilitique. Elle vient se faire traiter à Paris, où on lui fait *six injections de 30 centigrammes de 606*. Le chancre guérit très vite ; la réaction de Wassermann devient négative et. pendant plusieurs semaines. il n'y eut aucun accident. Avec la conviction d'une guérison complète et sans lui prescrire aucun autre traitement ultérieur. on permet à cette femme de retourner dans sa province. Elle continue à se livrer à la prostitution, se croyait bien guérie, définitivement guérie, quand. un beau jour, elle constate des plaques muqueuses buccales et vulvaires.

« *Deux de ses amis de passage sont contaminés; on constate la syphilis chez eux*. Beaucoup d'antres, sans doute, ont été également atteints, mais ils ne se sont pas fait connaître. »

II. — La seconde observation est encore plus grave :

« Un homme de vingt-cinq ans, marié, contracte la syphilis en dehors du mariage. Pour se débarrasser rapidement de sa maladie, à l'insu de sa femme, il vient se faire soigner à Paris, par le 606; dont il attendait une stérilisation complète de sa syphilis.

« La guérison définitive lui est, d'ailleurs, promise par le médecin traitant. Le chancre guérit en quelques jours. comme c'est la règle. Le malade ne suit plus aucun traitement, parce qu'on lui a affirmé qu'il était guéri. De retour dans son foyer, il vit d'une parfaite quiétude, ne se doutant nullement que pourrait se produire un retour offensif de la maladie, qu'il avait contractée quelques mois auparavant. Le résultat de cette confiance aveugle fut l'apparition d'accidents secondaires et *la contamination de sa femme*. »

Je crois que ces deux observations, assez éloquentes par elles-mêmes, prouvent surabondamment que *le 606 ne guérit pas la syphilis*.

Il faut que tous les médecins sachent; il faut que le public sache, que le 606 est un *trompe-l'œil*. Il cicatrise seulement les ulcérations; il n'empêche pas la syphilis d'évoluer. il ne guérit pas la maladie. Cette impuissance du 606 est, peut-être, encore plus importante à connaître, au point de vue social, que ses dangers.

(1) Communication à l'Académie de Médecine de Paris, séance du 21 novembre 1911.

REVUE DE CHIRURGIE

Traitement de la paralysie spasmodique du membre supérieur par M. le Docteur MENCIÈRE (de Reims).

La technique à laquelle cet auteur a recours comprend les six nouvelles interventions suivantes :

1° Allongement du tendon du grand pectoral, pour corriger l'adduction forcée du bras, pour permettre l'élévation du membre supérieur ;

2° Allongement du biceps, pour corriger la flexion forcée de l'avant-bras et permettre l'extension :

3° Allongement du rond pronateur, combiné ou non à l'ostéotomie du radius pour corriger la pronation forcée ;

4° Greffe du grand palmaire sur les radiaux, pour corriger la main bote-palmaire cubitale ;

5° Greffe du long abducteur du pouce (dans le cas de paralysie ou de forte parésie de ce muscle) sur le long extenseur, pour corriger l'attitude vicieuse du pouce en adduction forcée ;

6° Allongement de l'adducteur du pouce et parfois du court fléchisseur, pour supprimer leur spasme ou leur rétraction et corriger la flexion et l'adduction permanente du pouce, se tenant habituellement fléchi sous les autres doigts dans la paume de la main.

L'auteur insiste sur la combinaison de ces diverses interventions suivant les cas et sur le résultat qu'il obtient : correction de la dif-

formité, suppression du spasme, conservation de la fonction.

Parmi les malades qu'il a soignés suivant cette technique, M. Mencière signale tout particulièrement le cas d'une fillette de sept ans, chez qui il a corrigé la main bote-palmaire cubitale. Il a rendu possible la préhension des objets, chez cette enfant qui ne se servait pas de sa main. L'enfant saisit les objets, peut écrire, elle utilise sa main d'une façon normale.

Un autre cas, celui d'un instituteur de vingt et un ans, est superposable au premier. Ce sujet était dans l'obligation d'écrire de la main gauche, aujourd'hui il peut écrire de la main droite.

REVUE CLINIQUE

Sur un cas d'ascite lactescente graisseuse,

par MM. Macaigne et Pasteur-Vallery-Radot.

L'observation que nous allons relater nous a semblé présenter quelque intérêt, surtout par la contribution qu'elle apporte à la pathogénie de l'ascite lactescente.

Observation clinique (due à M. Clarac). — Mme J. G., âgée de cinquante-trois ans, entre à l'hôpital Tenon en juin 1910 pour des troubles digestifs et des douleurs sourdes dans l'hypocondre droit. Pas d'antécédents pathologiques, si ce n'est un degré d'éthylisme assez marqué : tremblements, pituites, cauchemars ; la malade avoue prendre 2 litres de vin par jour.

Le foie est abaissé, dur, à surface irrégulière. La rate est percutable. Pas d'ascite appréciable. La température oscille autour de 37°5-38 degrés.

En raison de l'amaigrissement et des troubles digestifs qu'elle manifeste depuis quelques mois — troubles qui, selon ses dires, se seraient accompagnés de melæna — on pense à la possibilité d'un néoplasme hépatique secondaire à un néoplasme gastrique. Mais après un court séjour à l'hôpital, l'appétit revient, les digestions sont faciles, l'état général s'améliore ; aussi est-on amené à rejeter ce diagnostic. La syphilis hépatique, ensuite soupçonnée, dut être également rejetée : la malade ne présentait aucun stigmate de spécificité ; le traitement mercuriel auquel elle fut soumise ne donna aucun résultat (la réaction de Wassermann n'a pas été faite).

La malade quitte l'hôpital au début de juillet. Elle y revient à la fin du même mois avec des signes d'ascite : matité qui suit les mouvements de la malade, sensation de flot, circulation veineuse sus et sous-ombilicale. La palpation du foie n'est plus possible. *Une paracentèse* donne issue à 2 lit. 1/2 d'un *liquide citrin clair* (l'autosérothérapie est pratiquée). Cette ascite fait pencher le diagnostic vers une cirrhose éthylique.

Le liquide s'étant rapidement reformé, on pratique le 16 août une *seconde ponction* (9 lit. 1/2 d'un *liquide citrin clair* comme le précédent). Un épanchement thoracique s'étant manifesté à la base gauche, on fait une ponction exploratrice qui ramène un *liquide jaune citrin*, de même aspect que le liquide péritonéal. La cytologie montre de la lymphocytose pleurale et péritonéale. Une intradermo-réaction donne un résultat positif. Une légère inégalité respiratoire constatée aux sommets, s'ajoutant à cette lymphocytose et à cette intradermo positive, fait penser à la possibilité d'une tuberculose pleuropéritonéale et hépatique.

Après une nouvelle sortie de l'hôpital, la malade y rentre de nouveau le 18 janvier 1911 avec une forte dyspnée, une distension considérable de l'abdomen, de l'oligurie. Ses urines contiennent des pigments biliaires. Les douleurs abdominales sont assez prononcées ; elles sont accrues par la palpation. La température oscille autour de 38 degrés, avec quelques poussées intermittentes. Une *troisième ponction abdominale* retire 13 litres d'un *liquide uniformément hémorragique ;* on y constate après centrifugation des globules rouges et des lymphocytes. La malade présente maintenant un épanchement pleural bilatéral, prédominant à gauche, où il remonte jusqu'à l'épine de l'omoplate. Une thoracentèse retire de ce côté 1.500 centimètres cubes d'un *liquide uniformément hémorragique* contenant des globules rouges et des lymphocytes. Une ponction exploratrice à droite ramène un liquide identique.

Les jours suivants, le liquide se reproduit rapidement dans le péritoine et dans la plèvre. Le 2 février, une *quatrième ponction abdominale* donne issue cette fois-ci à un *liquide lactescent*, d'aspect chyliforme. Nous n'avons pas fait pratiquer un examen chimique complet de ce liquide ; nous savons seulement que les matières grasses y étaient en grande abondance. L'examen cytologique y a révélé la présence de lymphocytes, de gros monucléaires, enfin de quelques cellules endothéliales. Après cette ponction on put palper le foie : il était abaissé, dur et irrégulier. Une thoracentèse pratiquée le surlendemain de la ponction abdominale retira de la plèvre gauche 500 centimètres cubes d'un *liquide lactescent* exactement semblable à celui de l'ascite. Le sérum sanguin était absolument clair, d'aspect tout à fait normal.

Le 14 *février*, la malade étant de nouveau en proie à une forte dyspnée et subdélirante, on fait une *cinquième ponction abdominale* (10 litres de *liquide lactescent*).

Le 25 *février*, une *sixième ponction* retire encore 11 lit. 200 de *liquide lactescent.*

Le 1er *mars*, on sent au niveau de la région ombilicale un empâtement de la grosseur d'une mandarine, de forme circulaire, assez bien limité. La peau est rosée et mobile sur cette masse de consistance rénitente.

Le 2 *mars*, la malade fait une épistaxis (symptôme à rapprocher d'hémorragies gingivales fréquentes depuis quelques mois).

Le 10 *mars*, une ponction exploratrice de la plèvre gauche ramène un *liquide* toujours *lactescent*.

Du 15 *mars* au 16 *avril*, on est obligé de pratiquer *quatre ponctions abdominales* (7e, 8e, 9e, 10e), qui toutes donnent issue à un *liquide lactescent* variant à chaque ponction entre 9 et 12 litres.

Les forces de la malade déclinent chaque jour davantage. Elle s'achemine progressivement vers un état de cachexie prononcée. Entre temps, elle présente un subictère qui ne dure accentué qu'une dizaine de jours, mais un léger subictère des conjonctives persiste. Elle quitte l'hôpital dans le courant du mois d'avril et y revient au début du mois de mai pour se faire ponctionner. Le 4 mai, une *onzième ponction abdominale* retire 15 litres de *liquide de toujours lactescent.* Elle quitte l'hôpital de nouveau et revient se faire ponctionner le 24 mai (16 litres de *liquide lactescent*). C'est la *douzième ponction.* L'épanchement pleural gauche ayant augmenté, on est amené à faire le 25 mai une thoracentèse qui donne issue à 500 centimètres cubes de *liquide lactescent.*

La malade est d'une faiblesse extrême, très amaigrie. Elle présente un œdème cachectique des membres inférieurs.

Le 9 *juin*, *treizième ponction abdominale* (14 litres de *liquide lactescent*).

Elle meurt le 13 juin, dans la cachexie et le marasme.

Autopsie. — A l'ouverture de la cavité thoracique, on constate un *épanchement lactescent dans les deux plèvres*, prédominant à gauche. Les deux plèvres ne sont pas recouvertes de fausses membranes ; elles sont lisses, absolument normales.

Les *poumons* sont un peu sclérosés, mais des coupes multiples pratiquées en tous sens ne montrent nulle part de granulations ; on ne trouve aucune induration nodulaire et aucune cicatrice de lésion ancienne.

Les *ganglions trachéobronchiques* sont légèrement tuméfiés, mais ne présentent pas l'aspect tuberculeux.

Le cœur est normal.

A l'ouverture de la cavité abdominale, il s'échappe une quantité abondante de *liquide lactescent*. Le *péritoine pariétal* apparaît non pas tapissé de plusieurs fausses membranes, mais littéralement doublé d'une lame fibreuse lisse, d'aspect blanc opaque ; cette lame fibreuse est parsemée de points jaunâtres variant de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'un petit pois ; plusieurs de ses points font légèrement saillie. Cette membrane est épaisse de 1 à 2 millimètres environ, très résistante, ne se laissant pas dilacérer. Elle se détache des plans sous-jacents aussi facilement qu'une toile cirée se laisserait détacher d'un plan lisse. Les plans sous-jacents apparaissent alors blancs nacrés. Cette membrane semble donc simplement accolée. Elle n'est adhérente qu'au niveau de la partie la plus déclive de la paroi abdominale antérieure, où elle se termine, et au niveau du bord antérieur du foie.

Dans la région périombilicale, on constate une poche de la grosseur d'une mandarine, accolée à la paroi abdominale antérieure et formée aux dépens de la membrane fibreuse dont elle semble n'être qu'une fente, comme s'il s'était produit à ce niveau un dédoublement de la membrane. Cette poche contient à son intérieur du liquide lactescent. L'aspect de cette poche est plus jaunâtre que le reste de la membrane, par suite d'une plus grande abondance de points jaunes.

Le *péritoine viscéral* entourant l'intestin est tout à fait normal, il ne présente pas de fausses membranes.

Le *mésentère* est normal. Pas d'adénopathie des ganglions mésentériques.

Le *foie* pèse 850 grammes. Il est entouré sur sa face convexe de la même lame fibreuse qui double le péritoine pariétal. Cette membrane, qui forme au foie une coque de périhépatite, est lisse, blanchâtre, comme là où elle double le péritoine. Là comme ailleurs, elle se laisse très facilement détacher, sauf au niveau du bord antérieur du foie, où elle est adhérente. Après l'avoir enlevée, la surface du foie apparaît granuleuse sur certains points.

Le foie est de consistance un peu ferme à la coupe. Le parenchyme est gris rosé, pâle, ressemblant à un muscle dégénéré.

La *rate* est normale, sans périsplénite.

Le *pancréas* semble normal, de même que les *reins* et les *capsules surrénales.*

Rien à signaler du côté de l'*utérus* et des *ovaires.*

Le *canal thoracique* est normal.

Examen histologique. — A l'examen d'une coupe du *foie*, ce qui frappe au premier abord, c'est la dégénérescence graisseuse. Les lobules hépatiques semblent être resserrés, comme si le foie était ratatiné sur lui-même. A la superficie du foie, couche de périhépatite fibreuse ; en certains points, rétraction de cette coque de périhépatite déterminant la formation de saillies à la surface. Les espaces portes périphériques sont le siège de réaction inflammatoire et conjonctive, se confondant avec le tissu de la périhépatite et semblant provenir de la couche de périhépatite. En s'éloignant de la superficie de l'organe, les espaces portes apparaissent avec un tissu conjonctif légèrement augmenté. Au niveau de certains espaces existe une infiltration des cellules inflammatoires ne revêtant en aucun point la forme des granula-

tions tuberculeuses. A mesure que l'on progresse vers le centre de l'organe, la sclérose — qui, du reste, était très minime — diminue.

La *membrane fibreuse* doublant le péritoine pariétal et recouvrant le foie était composée de lamelles conjonctives. A la partie profonde, elle était parcourue par des vaisseaux capillaires. A sa surface, elle présentait des cellules ayant la morphologie des cellules endothéliales. Cette lame résultait donc évidemment de l'organisation des fausses membranes de la péritonite.

Nous avons étudié les taches jaunes dont était parsemée cette membrane. En raison de leur aspect graisseux, nous fîmes un prélèvement de la membrane au niveau d'une de ces taches et nous le traitâmes par l'acide osmique. Après coloration par l'hématéine Van Gison, nous avons constaté des gouttelettes de graisse formant de petits amas interfasciculaires; ces gouttelettes semblaient diffuser du centre vers la périphérie et se déverser dans la cavité péritonéale. Cette graisse ne provenait certainement pas de la dégénérescence de cellules, car cette zone, ainsi que son voisinage, était complètement dépourvue de formes cellulaires; c'est en réalité aux dépens des faisceaux fibreux de la membrane que s'est faite cette dégénérescence dont il est aisé de suivre toutes les étapes: d'abord une diminution de l'affinité colorante au rouge, manifeste sur presque toute l'épaisseur de la coupe; puis certains faisceaux perdant brusquement leur affinité colorante et apparaissant grisâtres, les uns gardant leur forme et leurs contours, les autres constituant des placards amorphes ayant l'aspect d'un exsudat coagulé dans les interstices conjonctifs. A cette nécrose d'aspect homogène fait suite un stade de fonte granuleuse qui ne tarde pas à prendre l'apparence de la graisse; celle-ci se montre bientôt sous forme de fines gouttelettes noirâtres, isolées, qui vont s'agglomérer en amas plus ou moins denses et diffuser dans les interstices des lames fibreuses pour se déverser dans la cavité péritonéale.

En somme, il s'agit d'un processus de nécrose aboutissant à une dégénérescence graisseuse. Cette dégénérescence s'est constituée entièrement dans l'intérieur même de la membrane.

Si, dans l'ensemble de la membrane, les cellules ne participent pas à la dégénérescence graisseuse, il n'en est pas de même dans la zone de la poche qui s'était formée au niveau de la région ombilicale par suite d'un dédoublement de la membrane, dû vraisemblablement à un processus inflammatoire. Dans cette poche diffusaient, comme dans la grande cavité péritonéale, le liquide ascitique et des gouttelettes de graisse. En examinant le feuillet de la poche attenant à la paroi abdominale, nous voyons les faisceaux conjonctifs parallèles, bien colorés, tapissés de cellules fusiformes et parcourus de vaisseaux capillaires avec, par places, des amas de pigments sanguins. Puis, en remontant vers la fente de la poche, les faisceaux conjonctifs prennent une orientation variable avec des cellules rondes dans leurs interstices, témoignant du processus inflammatoire qui s'est produit à ce niveau de la membrane. Progressivement les faisceaux conjonctifs s'amincissent, se colorent mal et forment entre eux des mailles donnant un aspect réticulé; ces mailles sont remplies de petites cellules rondes, qui proviennent pour une partie de la diapédèse des leucocytes exsudés des vaisseaux capillaires distendus et pour la plus grande partie de la multiplication des cellules conjonctives (on voit en effet en certains points les noyaux des cellules conjonctives s'étrangler, puis se diviser, et l'on assiste aux différents stades de la multiplication cellulaire).

En progressant vers la fente, on se rend compte que les tractus conjonctifs s'amincissent de plus en plus et deviennent de plus en plus sinueux: leurs contours deviennent de moins en moins nets: ces tractus deviennent jaunâtres, finement granuleux; on assiste à un véritable émiettement. Dans les mailles de ces faisceaux conjonctifs, les cellules rondes très nombreuses deviennent presque incolores, grisâtres, leurs contours cellulaires apparaissent flous, le noyau disparaît, et le protoplasma devient granuleux: elles forment, en certains points, dans les mailles des faisceaux conjonctifs, des amas grenus, amorphes. C'est à cet endroit que le tissu, devenu friable du fait de l'inflammation, s'est laissé détruire et que s'est produite la cavité de la poche.

Si nous examinons maintenant la partie profonde de la poche, celle qui sépare la poche de la cavité péritonéale, nous trouvons tout d'abord le même tissu que précédemment, c'est-à-dire le réticulum contenant les cadavres des cellules et les masses amorphes granuleuses qui en résultent. Puis peu à peu apparaissent des gouttelettes graisseuses qui s'agglomèrent en petits amas entre les faisceaux conjonctifs et diffusent vers la surface, pour se déverser en masse dans la cavité péritonéale.

Les faisceaux conjonctifs de cette région sont les uns encore colorables, d'aspect vivant, les autres mal colorés, déformés, en voie de mortification.

En résumé, il s'agit d'une femme âgée de cinquante-trois ans, entrée à l'hôpital avec des troubles digestifs, des douleurs abdominales, un foie dur et irrégulier. Bientôt apparaît une ascite d'aspect citrin clair aux deux premières ponctions; en même temps se manifeste un épanchement pleural bilatéral présentant le même aspect. L'ascite et le liquide pleural passent ensuite par un stade hémorragique auquel succède bientôt une phase latescente, qui dure jusqu'à la mort de la malade, survenue au bout de quelques mois dans la cachexie. A l'autopsie, on constate une membrane lisse, blanchâtre, parsemée de points jaunâtres plus ou moins saillants, qui recouvre le péritoine pariétal et la face convexe du foie. Cette membrane est en voie de dégénérescence granulo-graisseuse.

Pas de cirrhose hépatique à proprement parler.

Pas de traces de tuberculose dans aucun organe.

Cette observation est intéressante à différents titres. D'abord au point de vue étiologique.

Étiologie. — Cette étiologie est difficile à préciser. Les constatations anatomopathologiques nous ont montré qu'il s'agissait de *péritonite chronique*. Or, cette péritonite n'est pas de nature *cancéreuse*. Est-elle *tuberculeuse*? Aucun argument ne nous permet de l'admettre sans conteste. A l'examen macroscopique, nous n'avons trouvé dans les organes aucune lésion tuberculeuse soit ancienne soit en activité; l'adénopathie des ganglions mésentériques, si fréquemment signalée dans les ascites lactescentes d'origine tuberculeuse, n'existait pas. L'examen histologique de la fausse membrane n'a montré aucun follicule tuberculeux; les coupes, colorées au Ziehl, étaient dépourvues de bacilles de Koch; l'inoculation sous la peau d'un cobaye d'une parcelle de la fausse membrane grosse comme un grain de blé, n'a donné aucun résultat: la résorption s'est faite totale en cinq semaines, sans même de suppuration; le cobaye, sacrifié au bout de six semaines, ne présentait pas la moindre lésion bacillaire. Pendant la vie de la malade, l'inoculation à un cobaye du liquide ascitique avait été pratiqué et était restée également négative. Deux arguments seuls restent en faveur de la tuberculose: la lymphocytose des épanchements pleuraux et péritonéaux et l'intradermo-réaction positive. Mais cette lymphocytose elle-même ne doit être retenue que sous toutes réserves: on sait, en effet, qu'il serait de règle, d'après Jousset, de la trouver dans l'ascite latescente; rien d'étonnant, par conséquent, qu'elle se soit montrée dès le début de l'épanchement.

Faudrait-il admettre une bacillose non folliculaire?

En somme, l'étiologie bacillaire dans notre cas nous semble, sinon impossible, du moins nullement démontrée, aucun argument anatomique ne venant à l'appui de cette hypothèse.

Faut-il penser à une péritonite chronique due à un *bacille banal*? Les recherches de coloration des bacilles que nous avons pratiquées sur les coupes sont restées sans résultat.

Reste une cause qui semble de moins en moins fréquente maintenant qu'on la fait rentrer, pour la grande majorité des cas, dans le cadre de la tuberculose, mais que, de l'avis de Dupré et Ribierre (1), on ne saurait rejeter complètement comme cause de péritonite chronique: c'est la *péritonite alcoolique*. Leudet s'exprime ainsi en parlant des péritonites alcooliques: « Dans aucun cas je n'ai rencontré de liquide franchement purulent, mais il était toujours plus ou moins opalin, quelquefois trouble et mêlé parfois de fausses membranes (2). » D'autre part, Manolesco signale, avec observation à l'appui, la fréquence des ascites hémorragiques dans la péritonite alcoolique (3). Enfin, dans presque toutes les autopsies de péritonites alcooliques, on trouve le péritoine épaissi avec des fausses membranes prédominant sur le foie; une cirrhose plus ou moins accentuée est de règle. Rien donc jusqu'ici ne serait en contradiction avec l'hypothèse d'une péritonite chronique alcoolique. Pourtant les caractères cliniques de la péritonite alcoolique, étudiés par Lancereaux (4), diffèrent en certains points de la symptomatologie de notre observation: pour Lancereaux, l'épanchement serait cloisonné, la résorption relativement précoce, enfin il n'existerait pas de circulation collatérale (ce dernier caractère a été nié, il est vrai, par Delpeuch).

En résumé, malgré un ou deux points de détail, l'hypothèse de péritonite alcoolique est une des plus plausibles. Nous ne l'acceptons néanmoins que sous toutes réserves, étant données les tendances actuelles à faire rentrer ces péritonites dans la série des péritonites bacillaires.

Clinique. — Au point de vue clinique, un premier fait mérite d'être mis en relief dans notre observation: l'évolution du liquide ascitique en trois stades; d'abord citrin clair aux deux premières ponctions, il se montra hémorragique à la troisième; à la quatrième, il était lactescent et il resta lactescent jusqu'à la fin.

Des cas de liquide ascitique jaune citrin devenant secondairement lactescent ont été plusieurs fois signalés. Veil (5) relate une observation de Gaucher: les deux premières ponctions donnèrent issue à un liquide citrin, la troisième à un liquide d'aspect laiteux, aux ponctions suivantes le liquide reste laiteux.

M. Letulle (6) publie le cas d'une ascite chez un enfant, qui fut d'abord jaune et transparente, et qui devint laiteuse dès la seconde ponction.

M. Rendu (7) signale une ascite d'aspect

(1) Dupré et Ribierre. Maladies du péritoine (in *Traité de médecine et de thérapeutique* de Gilbert et Thoinot). Art. « Péritonites chroniques de cause générale ».

(2) Leudet. Lésions du péritoine chez les alcooliques. *Gaz. heb.*, 1879, p. 777.

(3) Manolesco. Lésions péritonéales dans l'alcoolisme. *Thèse* de Paris, 1879.

(4) Lancereaux. Art. « Alcoolisme », in *Dict. Dechambre.*

(5) Veil. Pathogénie des ascites chyliformes. *Thèse* de Paris, 1882.

(6) Letulle. Nouvelle observation d'épanchement chyliforme de l'abdomen chez un enfant. *Revue de Médecine*, 1885, p. 960.

(7) Rendu. *Soc. méd. des hôp.*, 1897, 8 octobre.

jaune citrin, qui devint ensuite opalescente, enfin redevint claire.

M. Jousset (1) relate le fait d'un liquide ascitique jaune clair limpide, qui devint gris trouble à la sixième ou septième ponction, et progressivement arriva à la teinte opaline franche à la dix-huitième.

MM. Achard et Laubry (2) rapportent un cas d'ascite, devenue progressivement opalescente après avoir été d'aspect clair citrin.

Mais nous n'avons connaissance que d'une observation en cela entièrement comparable à la nôtre. Cette observation est due à Oppolzer (3) : le liquide ascitique, jaune clair, devint rosâtre, enfin opaque, pour arriver à une teinte franchement lactescente. Ici donc, nous voyons l'ascite passer par les trois stades que nous avons constatés dans notre cas.

Un deuxième fait clinique est à remarquer dans notre observation : la concordance des liquides ascitiques et pleuraux. Le liquide pleural passa, comme le liquide ascitique, par les trois stades et le parallélisme entre les deux liquides fnt constant.

Nous avons trouvé plusieurs cas signalés de coexistence d'ascite lactescente avec un épanchement pleural lactescent : les cas de Rokitanski (4), Quincke (5), Shaw (6), Mickeli et Mattirolo (7), Soupault (8), enfin celui de Achard et Laubry (9).

D'une part, l'absence de fausses membranes sur la plèvre, témoignant qu'il ne s'est pas fait là un processus inflammatoire comme au niveau du péritoine ; d'autre part, le parallélisme constant entre les liquides ascitiques et pleuraux nous permettent d'interpréter ce fait comme une transsudation du liquide ascitique à travers les voies lymphatiques du diaphragme, hypothèse qu'émettaient déjà MM. Achard et Laubry (10).

Pathogénie. — Mais le principal intérêt de notre observation réside dans la nature des lésions qui ont engendré la forme graisseuse de l'ascite.

Si l'on se reporte à l'analyse détaillée de l'examen anatomique, on voit que la lésion se résume dans l'existence d'une néo-membrane fibroïde tapissant la face supérieure du foie et doublant tout le péritoine de la paroi abdominale antérieure. Cette néo-membrane présentait ceci de particulier : elle se dédoublait facilement, et, de la snrface du foie ainsi que du péritoine pariétal, on pouvait décoller un feuillet fibroïde blanchâtre parsemé de petits points jaunâtres.

L'examen histologique nous a montré que ce feuillet détaché était composé de lames fibreuses, d'une vitalité profondément troublée, et présentant en de nombreux endroits les caractères d'une véritable nécrose, c'est-à-dire perte des affinités colorantes : aspect grisâtre, déformation, état amorphe et granuleux ; et, comme dernier terme de cette dégénérescence, apparaissent des gouttelettes graisseuses, réunies en amas plus ou moins denses (correspondant aux taches jaunes), et diffusant entre les feuillets fibreux jusqu'à la surface libre pour se déverser dans la cavité péritonéale.

Nous insistons sur ce fait que les gouttelettes de graisse dérivaient d'une nécrose du tissu conjonctif et non d'une dégénérescence cellulaire, car, ni dans les taches graisseuses ni dans leur voisinage, on ne voyait de formes cellulaires.

Dans un endroit, toutefois, des cellules concouraient au processus dégénératif : c'était dans la paroi de cette cavité qui s'était développée dans l'épaisseur de la membrane, au voisinage de l'ombilic : là un travail inflammatoire accidentel avait déterminé l'amincissement de certaines lamelles fibreuses et leur transformation en un mince réticulum dont les mailles étaient comblées de lympbocytes et de cellules conjonctives multipliées ; la fragilité de ce réticulum expliquait la rupture qui s'était produite, origine de la cavité interstitielle. Quoique enflammée, cette zone était soumise au même processus nécrotique qui se manifestait dans toute l'étendue de la membrane : les cellules s'y montraient frappées de mort, incolorables, déformées, confondues en une masse granuleuse au sein de laquelle apparaissent les gouttelettes graisseuses ; on voyait celles-ci s'agglomérer en petits amas dans les interstices des faisceaux conjonctifs, puis cheminer vers la cavité péritonéale.

Que les cellules de cette zone enflammée aient participé ou non à la formation des amas graisseux qui infiltraient la membrane péritonéale, peu importe. La démonstration qui ressort de cet examen anatomique, c'est que la graisse de l'épanchement ascitique dérivait de la dégénérescence de la fausse membrane péritonéale elle-même.

Ce fait présente, à notre avis, une grosse importance, parce qu'il permet de remettre en discussion la pathogénie admise de l'origine de la graisse dans les ascites lactescentes.

Actuellement on admet, avec M. Jousset, que les ascites lactescentes relèvent d'une triple pathogénie :

1° Elles peuvent être dues à une rupture des chylifères (tout à fait exceptionnelle) ou à une compression des chylifères (discutable pour Jousset) :

2° A une diapédèse, au niveau des racines intestinales du canal thoracique, de leucocytes chargés de graisse qui subiraient dans la cavité péritonéale la leucolyse (tel est le cas des ascites lactescentes au cours des cirrboses) ;

3° Elles peuvent être d'origine inflammatoire : elles se voient alors au cours des péritonites chroniques (cancéreuses, tuberculeuses, alcooliques). Il s'agit dans ce cas de désintégration granulo graissense des leucocytes.

En somme, si l'on en excepte les ascites par rupture des chylifères, tout à fait exceptionnelles, il s'agirait toujours d'un phénomène de leucolyse, et c'est au sein du liquide ascitique lui-même que les leucocytes exsudés dégénéreraient et subiraient une destruction d'où résulterait la mise en liberté de gouttelettes graissenses. De là l'aspect lactescent du liquide.

Cette théorie est sans doute applicable aux cas étudiés par M. Jousset, dont les observations de MM. Widal et Prosper Merckten (1), de MM. Achard et Laubry (2), sont une confirmation : elle ne l'est certainement pas au nôtre. Ici on voit où la graisse se forme et aux dépens de quels éléments : et on la voit, une fois formée, se déverser dans la cavité péritonéale. Sans doute, dans l'examen après centrifugation du liquide citrin, nous avons trouvé de la lymphocytose : quand le liquide devint lactescent, nous avons encore constaté des lymphocytes avec de gros mononucléaires, dont quelques-uns même nous ont semblé granuleux : mais cette leucocytose était peu abondante et rien ne prouve que ces leucocytes aient contribué à la formation de la graisse ; peut-être cherchaient-ils à exercer, aux dépens de cette graisse, corps étranger, leur rôle de phagocytes.

Quoi qu'il en soit, dans notre cas le rôle de leucolyse nous paraît négligeable en comparaison de celui qui revient à la fonte nécrotique et granulo-graisseuse de la membrane. C'est le déversement incessant de gouttelettes graisseuses dans la cavité péritonéale qui donne à l'ascite son caractère spécial.

On peut se demander si le mécanisme que nous avons constaté ne pourrait pas être attribué à tous les cas d'ascites lactescentes d'origine inflammatoire. A l'appui de cette hypothèse, nous pouvons citer une constatation anatomique analogue à la nôtre. Il s'agit de la plèvre, il est vrai, mais les deux cas sont comparables. Dans cette observation de pleurésie chyliforme publiée par M. Debove en 1881 (1), la plèvre, épaissie de plusieurs millimètres, était jaunâtre et rappelait l'aspect d'une aorte légèrement athéromateuse. Cette paroi était formée de couches fibreuses stratifiées contenant dans leurs intervalles de fines granulations graisseuses, semblables à celles de l'épanchement pleurétique et accumulées en certains endroits au point de former à la surface de véritables taches.

L'auteur s'est abstenu de toute hypothèse concernant son cas de pleurésie chyliforme, toute explication lui paraissant hasardée. Par analogie avec notre cas, il est légitime de faire provenir la graisse pleurale de la fonte graisseuse des couches fibreuses recouvrant la plèvre.

Malheureusement, dans tous les cas d'ascite lactescente les recherches microscopiques n'ont porté que sur l'exsudat ; nulle part nous n'avons trouvé mention de l'examen histologique des néomembranes ; sans doute la banalité des lésions n'orientait pas la curiosité dans cette direction ; d'ailleurs nous-mêmes nous n'y aurions pas songé davantage si notre attention n'avait été mise en éveil par le décollement de la membrane péritonéale, et si la constatation de grains jaunes dans son épaisseur ne nous avait suggéré l'idée d'en rechercher la nature.

Quoi qu'il en soit, les deux seules observations d'épanchement lactescent dans lesquelles l'examen histologique de la séreuse enflammée ait été pratiqué, ont révélé la présence d'amas graisseux dans l'épaisseur de la néomembrane. Cela nous autorise à supposer qu'il a pu en être de même dans les autres cas analogues, ou tout au moins à demander aux observations ultérieures une étude histologique attentive du péritoine. Or, la péritonite chronique existe dans la majeure partie des observations d'ascites chyliformes suivies d'autopsie; presque toutes les observations mentionnent des fausses membranes organisées avec adhérences ou des plaques laiteuses friables tapissant par places le péritoine; l'hypothèse qu'émettait en 1884 M. Letulle est donc actuellement démontrée : les lésions inflammatoires chroniques représentent l'un des éléments les plus constants de la genèse des épanchements chyliformes (2).

En résumé, sans nier que la graisse émulsionnée dans l'*ascite lactescente d'origine inflammatoire* puisse provenir, comme le supposait M. Letulle, de la régression granulo-graisseuse de la fibrine et des leucocytes épanchés, — hypothèse que les constatations de M. Jousset, en ce qui concerne les leucocytes, est venue fortement étayer, — nous croyons que, dans nombre de cas, il y a lieu d'admettre un autre processus pathogénique, ou tout au moins un processus évoluant de pair avec l'autre, et

(1) Jousset. Des lumeurs opalescentes de l'organisme. *Thèse* de Paris, 1901, p. 39.

(2) Achard et Laubry. *Soc. méd. des Hop.*, 1902, 21 mars.

(3) Oppolzer. *Wiener med. Zeitung*, 1861.

(4) Rokitanski. *Lehrbuch der pathol. Anatomie*, Vienne, 1856, 3e éd., t. II, p. 388.

(5) Quincke. *Deutsches Archiv f. klin. Med.*, t. XVI, 1875, p. 121.

(6) Shaw. *Journ. of Path. and Bact.*, 1900, p. 339.

(7) Mickeli et Mattirolo. *Wiener klinische Wochen.*, n° 3, 1900.

(8) Soupault. Cité dans la *Thèse* de Jousset, p. 54.

(9) Achard et Laubry. *Loco citato.*

(10) Achard et Laubry. *Loco citato.*

(1) Widal et Prosper Merckien. *Soc. med. des Hôp.*, 23 février 1900.

(2) Achard et Laubry. *Soc. méd. des Hôp.*, 21 mars 1902.

(1) Debove. Recherche sur les épanchements chyliformes des cavités séreuses. *Soc. med. des Hôp.*, 27 mai 1881, p. 49.

(2) Letulle. Note sur un cas d'épanchement chyliforme du péritoine. *Revue de Médecine*, 1884, p. 722.

de chercher l'origine de la graisse dans la dégénérescence graisseuse de la néomembrane péritonéale elle-même.

Resterait à déterminer la cause de cette nécrose de la fausse membrane. On peut supposer qu'un trouble de nutrition aussi profond a pour origine une gêne circulatoire, une thrombose peut-être, dans les vaisseaux de la paroi dont dépend la circulation du péritoine épaissi. La phase hémorragique, qui a suivi la phase séreuse de l'ascite et a précédé sa phase lactescente, viendrait à l'appui de cette hypothèse. (*Société médicale des hôpitaux.*)

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Les résultats de la vaccination antityphique au Maroc par le vaccin de Wright et par les vaccins polyvalents, par M. le Dr H. Vincent, Professeur de l'Ecole de santé militaire du Val-de-Grâce.

J'ai vacciné dans la région nord des confins algéro-marocains, 283 militaires (un peu plus d'un homme sur dix) contre la fièvre typhoïde, à l'aide soit du vaccin de Wright, soit de mes vaccins polyvalents (autolysat et vaccin bacillaire) stérilisés par l'éther. Ces derniers vaccins sont composés de races multiples de bacille typhique, parmi lesquelles entrent des races marocaines, et aussi des bacilles paratyphiques.

Les réactions vaccinales sont insignifiantes ou faibles: parfois il existe un peu de douleur locale et de la fièvre de courte durée avec céphalée. Mais ces symptômes ne se manifestent que lors de la première inoculation. Ils sont de brève durée et sont, d'ailleurs, prévenus ou enrayés par un peu d'antipyrine.

Le vaccin par autolyse est, de beaucoup, celui qui a été le mieux supporté.

Il a été fait quatre injections de vaccin de Wright et cinq injections de vaccins polyvalents, à sept ou huit jours d'intervalle.

Ces opérations de vaccination ont été pratiquées au mois d'août, chez des hommes fatigués, anémiés par une chaleur accablante, et dans un milieu déjà très gravement infesté par la fièvre typhoïde. Cependant, nul de ceux qui ont été immunisés soit par le vaccin de Wright, soit par les vaccins que j'ai recommandés, n'a présenté le plus léger symptôme qui pût rappeler ce qu'on a décrit sous le nom de phase négative. Au contraire, trois hommes, qui étaient déjà en incubation de fièvre typhoïde au moment où ils ont été vaccinés (2), ou qui ont été infectés au cours de leur immunisation (1), ont fait une fièvre typhoïde bénigne.

Les conditions exceptionnellement défavorables dans lesquelles se trouvaient les troupes, en raison de l'absence de ressources locales, de la mauvaise qualité des eaux, de l'abondance extraordinaire des mouches vectrices de germes, enfin de l'épidémie qui régnait dans cette région, n'ont pas nui davantage à l'efficacité de ces vaccinations. Afin d'assurer leur maximum de rigueur à ces résultats, on n'a vacciné aucun homme ayant eu antérieurement soit la fièvre typhoïde, soit même un embarras gastrique fébrile. Les troupes arabes n'ont pas davantage été vaccinées, exception faite pour un officier indigène.

Par contre, plusieurs paludéens avérés ont été vaccinés. Vaccinés et non vaccinés, indifféremment mélangés, participaient aux mêmes fatigues, aux mêmes services, aux mêmes causes multiples d'infection.

Seuls ont été considérés comme vaccinés, ceux qui avaient reçu *toutes* les injections. Presque tous les militaires ont, d'ailleurs, accepté de recevoir la totalité de ces inoculations.

Dans ces conditions, les 2.632 hommes de troupes européennes *non vaccinés* contre la fièvre typhoïde et non immunisés par une atteinte antérieure de fièvre typhoïde, ont eu, pendant les trois mois d'août, septembre et octobre, 171 cas de fièvre typhoïde et 134 cas d'embarras gastrique fébrile hospitalisés. Le nombre des décès a été de 22. Le pourcentage des cas de fièvre typhoïde et d'embarras gastrique fébrile a été, chez ces non vaccinés, de 115, 88 pour 1.000 hommes.

Les 129 hommes *vaccinés avec le vaccin de Wright* ont eu un seul cas de fièvre typhoïde légère, soit 7,75 pour 1.000.

Les 154 hommes ayant reçu mes *vaccins polyvalents, bacillaire ou autolysat* n'ont eu aucun cas de fièvre typhoïde, aucun cas d'embarras gastrique fébrile suspect ni aucun décès.

Les militaires vaccinés et non infectés en cours d'immunisation ont donc pu, à l'exception d'un seul inoculé avec le vaccin anglais, traverser une épidémie aussi violente, sans avoir été atteints par la maladie qui frappait une énorme proportion des non vaccinés. Ces résultats sont d'autant plus démonstratifs et d'autant plus importants, que tout ce qui pouvait atténuer ou assimiler les effets de la vaccination, toutes les causes les plus sérieuses, capables d'entraîner une prédisposition intense à l'infection éberthique, se trouvaient réunies.

Aussi, à la suite de ces constatations, a-t-on vu les hommes non immunisés, venir en nombre élevé solliciter spontanément leur inoculation. Dans l'un des postes, plus du tiers des soldats ont demandé à se faire vacciner.

Les vaccinations antityphiques faites au Maroc démontrent la parfaite innocuité des vaccins que j'ai inoculés; elles ont également fait la preuve de leur remarquable efficacité. Cette méthode immunisante réalise donc un très grand progrès dans la lutte entreprise contre la fièvre typhoïde, dont les atteintes sont si fréquentes et si graves parmi la population civile et dans l'armée.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

La pathogénie et le traitement de l'éclampsie puerpérale, par M. le Professeur Bar (de Paris) et par M. le Docteur Commandeur (de Lyon).

Dans sa dernière réunion, la *Société obstétricale de France* s'est occupée de l'importante question de la pathogénie et du traitement de l'éclampsie puerpérale.

Sur la question de la pathogénie, M. Bar a présenté un important rapport qui se résume dans les conclusions suivantes :

Signification exacte du terme éclampsie. — Des femmes peuvent avoir des accès d'éclampsie, avec des phénomènes généraux si peu marqués qu'ils semblent manquer : d'autres peuvent présenter tout le syndrome habituel de l'éclampsie, sauf les accès. Eclampsie et accès d'éclampsie ne sont pas des termes synonymes.

Nous savons que le syndrome éclamptique est, en réalité, d'origine fort complexe. Des facteurs dynamiques (hypertension, etc., etc.), réflexes (contractures violentes des vaisseaux, convulsions), biologiques (agents toxiques primaires et secondaires), anatomiques (lésions viscérales) interviennent, se groupent et se succèdent de façons fort diverses pour le produire.

Il faut admettre qu'il y a éclampsie quand les éléments du syndrome sont constitués, alors même qu'il n'y a pas d'accès.

Il peut être avantageux d'user d'un terme spécial, éclampsisme par exemple, pour désigner l'état dans lequel il n'y a pas d'accès et de réserver le terme éclampsie pour désigner celui où l'accès convulsif s'est produit.

Rôle du trouble de l'excrétion urinaire dans la genèse de l'éclampsie. — L'éclampsie convulsive mortelle peut apparaître chez des femmes dont les reins sont capables de bien fonctionner et fonctionnent bien.

Le trouble de l'excrétion urinaire ne précède pas nécessairement l'accès ; il peut être contemporain de celui-ci.

Il est de règle qu'un trouble intense dans l'excrétion urinaire, accompagne le syndrome éclampsisme, mais il n'est pas une condition nécessaire de son apparition.

Rôle des lésions hépatiques dans la genèse de l'éclampsie. — Les lésions hépatiques trouvées dans l'éclampsie ne sont pas pathognomoniques. Elles peuvent être contemporaines du premier accès.

Il est vraisemblable (on ne peut dire certain) que la destruction rapide des cellules hépatiques jette dans la circulation des poisons (poisons secondaires) et qu'elle est ainsi un facteur important de l'intoxication éclamptique.

Relations entre les lésions rénales et hépatiques. — L'observation des cas où les accès sont survenus brusquement montre que le trouble de l'excrétion rénale suit, dans ces cas, la lésion hépatique.

Mais on ne saurait contester qu'un trouble de l'excrétion rénale ne puisse, à son tour, retentir sur le foie. Ce trouble est fréquent dans l'éclampsisme et peut intervenir pour léser le foie ou tout au moins pour le rendre moins résistant.

Il est possible que les lésions du foie et des reins jouent un rôle important comme cause de l'éclampsie, mais elles sont une cause au second degré, nécessitant l'intervention d'une cause première.

Même si on conteste que les poisons secondaires produits par les lésions rénales et hépatiques soient la cause de l'éclampsie elle-même, on ne peut méconnaître qu'elles sont la cause directe de toute une série de symptômes capitaux du syndrome éclamptique.

Rôle de l'hypertension dans la genèse de l'éclampsie. — L'hypertension ne peut être tenue pour la cause première de l'éclampsie ; il est possible, mais non démontré, qu'elle intervienne comme cause immédiate des accès.

Il est vraisemblable qu'elle intervient comme cause de nombre d'accidents observés dans l'éclampsie (amaurose, etc.), et notamment comme cause des hémorragies viscérales.

L'éclampsie est-elle due à une névrose ? à des troubles réflexes ? De la fixation du poison hypothétique de l'éclampsie et des poisons secondaires dans les éléments nerveux. — On s'éloigne de plus en plus de la théorie qui attribue l'éclampsie à une névrose.

Il est possible que des contractions vasculaires brusques se produisent par suite de la pénétration soudaine d'un poison dans l'appareil circulatoire. Ces contractions vasculaires peuvent être une cause d'hypertension.

On ne sait rien de précis sur la fixation d'un poison éclamptique dans les éléments nerveux.

Origine microbienne de l'éclampsie. — Rien ne prouve que l'éclampsie soit une maladie microbienne.

Mais les infections intestinales, la coli-bacillose gravidique peuvent être considérées comme des causes préparantes.

D'autre part, j'ai dit comment le foie des éclamptiques pouvait être envahi par les germes microbiens.

L'éclampsie est une toxémie. — De plus en plus, on admet que l'éclampsie est une toxémie.

Les expériences entreprises pour démontrer la toxémie éclamptique n'ont pas permis de découvrir un poison éclamptique, mais elles ont prouvé :

Que le sang est gravement modifié ;

Que s'il y a des poisons, ceux-ci sont d'origine complexe (poison primaire, poisons secondaires provenant de l'atteinte portée aux éléments cellulaires par le poison primaire) et de nature variée : ferments, enzymes, lipoïdes, matières protéiques.

Cause première de la toxémie éclamptique. Rôle des glandes endocrines. — L'hypertension peut être due, au moins en partie, à l'hyperactivité des surrénales.

L'insuffisance des parathyroïdes peut créer un état d'excitabilité nerveuse favorable à l'apparition des accès convulsifs éclamptiques.

Le corps jaune peut intervenir ainsi que l'hypophyse.

Mais ce sont là des possibilités. Le rôle exact des glandes endocrines dans l'éclampsie n'est que sonpçonné.

Origine mammaire. — Elle n'est pas démontrée.

Origine ovulaire. — Les travaux entrepris pour démontrer que le placenta pouvait, en se développant, provoquer des réactions biologiques particulières, ont abouti à peu de conclusions définitives.

La toxicité du placenta est réelle, mais il partage cette propriété avec les organes glandulaires. Peut-être, cependant, sa toxicité est-elle un peu plus marquée.

Le placenta se montre hémolytique *in vitro* ; mais l'hémolyse d'origine placentaire, la syncytiolyse se produisant pendant la gestation ne sont pas des faits démontrés. La démonstration de l'action spécifique du placenta par la déviation du complément n'est pas définitivement acquise.

Il n'est pas démontré que, dans l'éclampsie, la toxicité du placenta soit accrue, qu'il y ait un excès de syncytiolysine, que le pouvoir hémolytique du placenta soit augmenté. On ne sait rien de la présence d'anticorps particuliers chez les éclamptiques. Il est cependant rendu vraisemblable, par la méthode optique, que le sérum a subi de sérieuses modifications.

Nous ne possédons qu'un document sur la toxicité du liquide amniotique chez les éclamptiques : il tend à prouver qu'il a une toxicité particulière.

Les albumines fœtales ne paraissent pas, *in vitro*, particulièrement toxiques pour la mère.

Il est possible que l'éclampsie soit un phénomène d'anaphylaxie.

En rapprochant les unes des autres les conclusions qui précèdent, nous voyons formulées peu d'affirmations.

Il pourra sembler, à ceux pour qui toute recherche doit aboutir à une conclusion certaine, que le labeur de ces dernières années a été inutile, puisqu'ils peuvent dire qu'aujourd'hui, comme il y a quinze ans, l'éclampsie reste « la maladie de l'hypothèse ».

Cependant, il ne peut être décevant, dans des recherches qui doivent aboutir non seulement à éclairer la pathogénie de l'éclampsie, mais encore toute la physiologie pathologique de la femme gravide, de ne pas obtenir immédiatement des résultats décisifs.

Les recherches faites dans le but de solutionner le problème de la pathogénie de l'éclampsie ont cette ampleur.

Acceptons donc leurs résultats tels qu'ils sont ; sachons en reconnaître les points faibles et poursuivons le travail commencé.

Traitement de l'éclampsie. — Quant à la question du traitement de l'éclampsie, elle a été l'objet d'un autre rapport de M. le docteur Commandeur, dont voici les conclusions :

1° Les recherches de ces quinze dernières années touchant la pathogénie de l'éclampsie n'ont pas déterminé l'orientation de la thérapeutique dans le sens d'une indication vraiment causale. Le traitement reste encore purement et uniquement symptomatique. Le seul traitement certainement efficace est le traitement prophylactique :

2° Les progrès réalisés sont surtout d'ordre chirurgical. Ils consistent dans l'amélioration de la technique de la césarienne vaginale pour l'évacuation rapide de l'utérus, et dans l'introduction dans la thérapeutique de la décapsulation des reins pour lutter contre l'anurie éclamptique ;

3° Sur le terrain médical, la renaissance de la saignée constitue le fait le plus saillant. Les médications nouvelles proposées sont toujours à la phase d'expérimentation. On ne peut encore se prononcer sur la valeur thérapeutique des extraits thyroïdien ou parathyroïdien et de l'extrait de sangsues. Les injections d'eau salée sont battues en brèche et considérées par quelques-uns comme peut-être dangereuses, parce que très hypertensives ; l'eau sucrée n'offrirait pas ces inconvénients.

L'action curatrice de la ponction lombaire n'est pas formellement démontrée ; elle n'a que des effets inconstants et seulement sur les symptômes cérébro-méningés de l'éclampsie. Elle peut donner d'intéressantes indications pronostiques ;

4° Pour le traitement obstétrical, la situation actuelle est caractérisée par l'extrême faveur dont jouit en Allemagne l'accouchement rapide immédiat dans les éclampsies de la grossesse et du début du travail. Les statistiques sur lesquelles s'appuie la démonstration de sa supériorité sur le traitement dit expectant ne sont pas, à un examen attentif, aussi convaincantes qu'elles le paraissent. Sa mise en pratique systématique conduit à faire nombre d'opérations inutiles à des malades qui eussent parfaitement guéri sans elles. Entre la thérapeutique expectante pure et la thérapie très active par l'accouchement immédiat, il y a place pour une thérapie moyennement active dans laquelle la mise en jeu de l'action obstétricale résulte, non d'un principe, mais de l'allure clinique de la maladie :

5° La césarienne vaginale, si elle ne paraît pas présenter de gravité immédiate *quoad vitam*, est cependant une opération sérieuse par les incidents opératoires qui peuvent surgir (extension des incisions en déchirures, hémorragies après la délivrance, blessures de la vessie). L'avenir obstétrical des femmes qui l'ont subie reste incertain. Elle constitue cependant, *dans le cas de col entier et rigide*, le meilleur moyen d'évacuer rapidement l'utérus, de préférence à la divulsion manuelle ou instrumentale, ou à la césarienne abdominale qui ne peut convenir qu'à certains cas particuliers ;

6° La décapsulation rénale avec ou sans néphrotomie, malgré la forte mortalité qu'elle donne, mérite de rester dans la thérapeutique de l'éclampsie *post partum*. Elle est indiquée seulement contre les troubles graves de la sécrétion urinaire particulièrement l'anurie persistante. Son action sur la diurèse est certaine ; elle influence aussi favorablement la disparition des œdèmes.

Les plus extrêmes réserves doivent être formulées sur l'opportunité, la légitimité, l'efficacité de l'ablation des glandes mammaires.

CARNET DU PRATICIEN

Fissure à l'anus (enfants).

Chlorhydrate de cocaïne......	0,005 à 0,01
Extrait de belladone.........	0,01 à 0,05
— fluide d'hamamelis...	0,10 à 0,25
— de ratanhia..........	0,20 à 0,50
Iodoforme....................	0,10 à 0,25

suivant l'âge.

Tannin.......................	0,50
Beurre de cacao..............	2 à 4 gr.

pour un suppositoire. (Le Gendre.)

Dysphagie des phtisiques

Faire faire au malade quelques inspirations profondes. Introduire l'index gauche sur le bord droit de la langue jusqu'à l'épiglotte, glisser la tige du lance-poudre à poire et insuffler dès que le bec arrive au-dessus du rebord épiglottique :

Chlorhydrate de morphine....	2 grammes
Sucre de lait...............	2 —
Gomme arabique en poudre..	1 gramme

Chaque insufflation est faite avec 5 centigr. de ce mélange.

(Lermoyez.)

Hydroa vacciniforme

Contre cette éruption provoquée par le soleil chez les malades, ultra-sensibles à son action, la quinine incorporée à des pâtes épaisses rend souvent service.

On recouvrira donc le nez, les joues, parfois les mains, qui sont surtout les parties atteintes, par :

Lanoline.....................	10 grammes
Vaseline.....................	10 —
Chlorhydrate de quinine.....	0 gr. 20

(François Franck.)

Folliculites et périfolliculites décalvantes

1° Nettoyer avec soin le cuir chevelu avec de l'eau savonneuse.

2° Badigeonner tous les dix jours les régions voisines des plaques avec de la teinture d'iode.

3° Lotionner tous les matins les plaques avec :

Bichlorure de mercure......	0 gr. 15
Biiodure de mercure.......	1 gramme
Alcool à 90°...............	60 grammes
Eau........................	500 —

(Quinquaud.)

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 17.500 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 35, rue J.-J. Rousseau

Le Gérant : Docteur Lucien Graux.

VILLES DE SAISON

CE QUI SE PASSE

Académie de médecine.

Dans sa dernière réunion, l'Académie de médecine a reçu des demandes d'autorisation pour une source dite « Admirable », à Saint-Yorre (Allier) et pour une source dite « Aiglon ». à Evian (Haute-Savoie).

Ces demandes ont été renvoyées à l'examen de la Commission des eaux minérales.

L'Académie de Médecine a également reçu diverses pièces complémentaires relatives à des demandes d'autorisation pour une source dite « Lherbier », à Fourchambault (Nièvre) et pour une source dite « Maynard », à Bourbonne-les-Bains.

Ces diverses pièces ont été renvoyées à l'examen de la Commission des Eaux Minérales.

Stations hydrominérales et climatiques.

Sont nommés membres de la Commission permanente des stations hydrominérales et climatiques de France :

MM. Astier, Denoix et Sarrien, sénateurs; Chassaing, Lachand et Rabier, députés; Pujalet, inspecteur général des services administratifs au ministère de l'Intérieur; — les Drs Belugon, médecin à Lamalou; Beurnier (Louis), chirurgien chef de service à l'hôpital Saint-Louis à Paris; Blanc, médecin à Aix-les-Bains; Boursier, médecin à Contrexéville; Carron de la Carrière, membre de la Société d'hydrologie médicale de Paris; Durand-Fardel, médecin à Vichy; Ferras, médecin à Luchon; Piatot, médecin à Bourbon-Lancy; — le professeur Robin, président du Syndicat des médecins des stations balnéaires; — Lequime, hôtelier à la Bourboule; Meillon, hôtelier à Cauterets et à Pau; Vedrine, hôtelier à Châtel-Guyon; Baillif, président du Touring-Club; Defert, avocat au Conseil d'Etat, membre du Conseil d'administration du Touring-Club; Hendlé, préfet du Calvados; Richard, préfet de la Haute-Savoie; Charles Fère, membre de la Chambre syndicale du commerce et de l'industrie des eaux minérales et établissements thermaux; Lefebvre, membre de l'Union des établissements thermaux; Melays, membre de l'Association amicale des propriétaires et directeurs de casinos; Cère, ancien député; de Pillot, sous-directeur honoraire au ministère de l'Intérieur.

La composition de la Commission permanente des stations hydrominérales et climatiques est complétée, en exécution de l'article 41 du règlement d'administration publique du 26 juin 1911, par la désignation :

1° Des membres de droit ci-après : MM. le président de la section de l'Intérieur au Conseil d'Etat, président, M. Hébrard de Villeneuve; le directeur de l'Assistance et de l'hygiène publiques au ministère de l'Intérieur, M. Mirman; le directeur de l'administration départementale et communale au ministère de l'Intérieur, M. Maringer; le directeur de la sûreté générale au ministère de l'Intérieur, M. Hennion; le directeur général de la comptabilité publique au ministère des Finances, M. Privat-Deschanel; le directeur des mines au ministère des Travaux publics, M. Weiss; le directeur du service de santé au ministère de la Guerre, M. le médecin inspecteur général Février; le chef du service central de santé au ministère de la Marine, M. le Dr Bellot; le président du Conseil supérieur du service de santé des colonies, M. le médecin inspecteur général Grall; le doyen de la Faculté de Médecine de Paris, M. le professeur Landouzy; le directeur de l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, M. H. Gautier;

2° Des membres suivants désignés par leurs pairs : MM. Rabier, conseiller d'Etat, désigné par le Conseil d'Etat; Gauwain, conseiller maître à la Cour des comptes, désigné par la Cour des comptes; — les professeurs Armand Gautier, désigné par l'Académie des sciences, et Gariel, désigné par l'Académie de médecine; — Kuss, désigné par le Conseil général des mines; — les professeurs Pouchet, désigné par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France, et Chantemesse, désigné par la Faculté de médecine de Paris.

ÉCHOS

La protection de la santé publique.

L'article 9 de la loi du 15 février 1902 sur la protection de la santé publique dispose que lorsque pendant trois années consécutives, le nombre des décès dans une commune a dépassé le chiffre de la mortalité moyenne de la France, le préfet est tenu de charger le Conseil départemental d'hygiène de procéder, soit par lui-même, soit par la commission sanitaire de la circonscription, à une enquête sur les conditions sanitaires de la commune.

M. Delanney, préfet de la Seine, vient de faire dresser en vue de cette enquête la liste des communes qui tombent sous le coup de l'article. Il y en a quatre dans l'arrondissement de Saint-Denis : Noisy-le-Sec, Bagnolet, Nanterre, Epinay; et onze, dans l'arrondissement de Sceaux : Saint-Maurice, Ivry, Bry-Châtillon, Issy, Arcueil, Chevilly, Gentilly, l'Hay, le Kremlin et Villejuif.

Les effectifs du corps de santé des troupes coloniales.

Un décret du 7 novembre 1911 (*Journal officiel*, 12 novembre, p. 9019) modifie le décret du 8 septembre 1906 en la matiere.

« Article premier. — Les effectifs des médecins et pharmaciens des corps de santé des troupes coloniales sont donnés par le tableau ci-après :

Grades	Répartitions France	Répartitions Colonies	Totaux
Médecins inspecteurs généraux .	une loi	sp. fix.	l'eff.
Médecins inspecteurs ???......			
Medecins principaux de 1re cl...	7	5	12
— de 2e cl...	10	10	20
Médecins-majors de 1re cl	46	42	88
— de 2e cl	82	93	175
Médec. aides-maj. de 1re et 2e cl.	52	69	121
Totaux	197	219	416
Pharmaciens princip. de 1re cl...	0	1	1
— de 2e cl ..	2	2	4
Pharmaciens-majors de 1re cl..	4	5	9
— de 2e cl....	8	11	19
Pharm. aides-maj. de 1re et 2e cl.	4	7	11
Totaux	18	26	44

Art. 2. — Les effectifs des officiers d'administration du service de santé des troupes coloniales sont les suivants (suit le tableau comportant 38 officiers).

Art. 3. — Les médecins et pharmaciens qu'il est nécessaire d'entretenir hors cadres pour assurer les services autres que ceux des troupes ou des hôpitaux ne sont pas compris dans les tableaux ci-dessus. Les effectifs sont déterminés ainsi qu'il suit :

Grades	Répartitions France	Répartitions Colonies	Totaux
Médecins principaux de 2e cl...	2	5	7
Médecins-majors de 1re cl.....	14	38	52
— de 2e cl......	17	60	77
Médecins aides-majors de 1re cl.	17	47	64
Totaux	50	150	200
Pharmaciens-majors de 1re class	1	1	2
Pharmaciens-majors de 2e cl....	2	7	9
Pharm. aides-maj. de 1re et 2e cl.	1	4	5
Totaux	4	12	16

(Les effectifs ci-contre sont des maxima; ils seront réalisés au fur et à mesure des besoins et des crédits disponibles).

Art. 4. — Constituent des dépenses obligatoires à la charge des budgets locaux des colonies :

1° L'entretien du personnel militaire du corps de santé hors cadres mis à la disposition des services locaux sur la demande de ces services; ces dépenses, qui comprennent les frais de passage, l'indemnité de départ colonial, la solde et les accessoires de solde à compter du jour inclus de l'embarquement au départ en France au jour exclu du débarquement, sont ordonnancées directement sur les fonds des budgets locaux;

2° L'entretien en France du personnel de relève correspondant; ces dernières dépenses font l'objet d'une contribution forfaitaire ordonnancée au profit du Trésor public et fixée à 1.600 francs par officier employé aux colonies et par an.

Le budget du ministère des Colonies supporte, en ce qui concerne les officiers placés hors cadres pour servir dans les établissements pénitentiaires, les mêmes dépenses d'entretien que celles visées sous le numéro 1 ci-dessus. L'entretien du personnel de relève correspondant est remboursé au ministre de la Guerre en prenant pour base le chiffre forfaitaire fixé au paragraphe précédent pour le personnel détaché dans les services locaux.

Art. 5. — Sont abrogées les dispositions antérieures contraires à celles du présent décret, en particulier les dispositions prévues au dernier alinéa de l'article 3 du décret du 4 novembre 1903. »

Diplômes de docteur délivrés en France pendant l'année scolaire 1910-1911.

Au cours de la dernière année scolaire, il a été délivré en France 1.085 diplômes de docteur en médecine dont 1.021 diplômes d'Etat et 64 diplômes d'Université.

Ces diplômes se répartissent comme suit : Université de Paris, 446 diplômes d'Etat et 37 diplômes d'Université; Université d'Alger, 16 diplômes d'Etat; Université de Bordeaux, 125 diplômes d'Etat; Université de Lille, 37 diplômes d'Etat; Université de Lyon, 139 diplômes d'Etat et 3 diplômes d'Université; Université de Montpellier, 130 diplômes d'Etat et 17 diplômes d'Université; Université de Nancy, 31 diplômes d'Etat et 5 diplômes d'Université; Université de Toulouse, 67 diplômes d'Etat et 2 diplômes d'Université; Faculté française de Médecine de Beyrouth, 30 diplômes d'Etat.

Les élèves de l'école du service de santé militaire et la question de l'ancienneté.

L'an dernier, M. Lefas faisait adopter par la Chambre une proposition de résolution ainsi conçue:

« La Chambre invite le Gouvernement à présenter un projet de loi assurant le bénéfice de la loi du 17 juillet 1908 aux élèves de l'école de santé militaire de Lyon. »

L'article unique de la loi du 17 juillet 1908 est lui-même ainsi conçu :

« Les élèves de l'école spéciale militaire et de l'école polytechnique, nommés sous-lieutenants après avoir accompli l'année de service prescrite par l'article 23 de la loi du 21 mars 1905, avoir été pendant deux ans élèves de l'une de ces écoles et avoir satisfait aux examens de sortie de ladite école prennent rang dans ce grade sans rappel de solde à une date antérieure d'un an à celle de leur nomination. »

Le ministre de l'an dernier, M. le général Brun, après intervention de M. Lefas, déclarait que cette anomalie était inadmissible et qu'il était tout prêt à examiner cette question et à la résoudre dans le plus large esprit de bienveillance et de justice.

M. le rapporteur général ne faisait aucune opposition. Or, depuis l'année dernière, rien n'a été fait; les élèves de l'école de santé militaire de Lyon, qui comptent trois ans de présence à l'école, qui ont accompli un an de service dans l'armée active, comme leurs camarades de l'école polytechnique ou de l'école de Saint-Cyr, se trouvent ainsi frappés d'une déchéance particulière.

M. Etienne Rognon, reprenant cette question dans une récente séance de la Chambre, a demandé à M. le Ministre de la Guerre et à M. le Rapporteur de vouloir bien, une fois pour toutes, ne pas faire de promesses comme on en a fait l'ar dernier, s'ils doivent ne pas les tenir et mettre ainsi dans l'obligation de signaler de nouveau, l'année prochaine, les actes d'injustice commis au détriment des élèves de l'école de santé militaire de Lyon.

Le ministre a répondu à M. Rognon qu'une loi était nécessaire pour cette réforme. Le projet a été signé il y a quinze jours et le dépôt devant la Chambre n'est plus qu'une question de jours.

82e Année (Série XIIIe) — N° 125 Le Numéro : 25 Centimes Mercredi 20 Décembre 1911

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
9, Rue Denis-Poisson, PARIS
TÉLÉPHONE : 573-40

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale......... 15 fr.
Édition Espagnole .... 10 fr.
Édition Portugaise.... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

ÉCHOS

Nos amis.

Au nombre des récompenses décernées par l'Académie de Médecine au cours de sa séance annuelle nous relevons les mentions suivantes :

Prix Apostoli (600 francs). — M. le docteur E Bonnefoy (de Cannes).

Prix Barrier (2.000 francs). — Sur ce prix qui a été partagé, notre ami et collaborateur le docteur Georges Rosenthal (de Paris), reçoit un prix de 400 francs.

Prix Tarnier (5.250 francs). — M. le docteur Louis Bazy (de Paris).

Service des eaux minérales. — Médaille d'or : M. le docteur Maurice Binet, médecin consultant (de Saint-Honoré-les-Bains).

Rappels de médailles de vermeil : MM. les docteurs Bardet (de Paris); Nicolas, médecin consultant au Mont-Dore

Médailles de bronze : MM. les docteurs G. Cany, médecin consultant (de la Bourboule); Victor Gardette, médecin consultant (de Châtel-Guyon) et Edigio Maturi, professeur d'hydrologie médicale à l'Université de Paris.

Nous sommes particulièrement heureux de ces distinctions attribuées à nos amis et leur adressons à ce sujet nos très vives félicitations.

Les soldats morts de fièvre typhoïde. La vaccination antityphoïdique dans l'armée.

M. le Ministre de la Guerre répondant à la Chambre à une question de M. Betoulle, a confirmé que les corps des militaires morts de la fièvre typhoïde ne peuvent être ramenés dans leur pays avant un délai de trois ans.

« Puisqu'il est parlé de la fièvre typhoïde, a ajouté le ministre, je profite de cette occasion pour répondre à une question qui m'a été posée, celle de la vaccination antityphoïdique, question extrêmement importante, du plus haut intérêt, non seulement pour les troupes débarquées au Maroc, mais pour tous nos soldats en service dans les pays à climat chaud.

« Une expérience très intéressante a été faite dès le mois de juillet de cette année, sur l'initiative du service de santé du Ministère de la Guerre et du praticien éminent qu'est M. le professeur Chantemesse. Cette expérience a eu lieu dans la région d'Oudjda; elle a réussi de la façon la plus complète. Aucun des soldats vaccinés contre la fièvre typhoïde n'a, depuis le mois de juillet dernier, été atteint par la maladie, tandis qu'un certain nombre de leurs camarades, placés dans les mêmes conditions qu'eux, mais n'ayant pas consenti à subir cette vaccination, pour laquelle ils étaient laissés absolument libres, ont été atteints; plusieurs d'entre eux, même, sont morts

« Aussi ai-je pris des dispositions pour que, dans les mois de janvier, de février et de mars de l'année prochaine, qui sont les plus favorables à la réussite de la vaccination antityphoïdique, toutes les troupes d'Algérie, toutes les troupes du Maroc et même toutes les troupes coloniales soient soumises à cette opération.

« Je suis convaincu que l'année prochaine, le nombre des décès, malheureusement trop élevé, causés par la fièvre typhoïde, diminuera dans des proportions appréciables ».

Les injections sous-cutanées d'air sont utilisées depuis longtemps par les nègres comme traitement des névralgies rhumatismales.

M. Gallandat, chirurgien à Flessingue, au dix-huitième siècle, rapporte que les nègres de Guinée emploient, contre le rhumatisme le traitement suivant : on fait dans les jambes du malade deux incisions par lesquelles on introduit deux roseaux dans le tissu cellulaire sous-cutané. Ensuite on insuffle autant d'air qu'il est possible, puis on ferme les orifices et on laisse l'œdème gazeux se résoudre de lui-même.

Comment on concevait la responsabilité médicale autrefois.

On trouve dans l'*Abrégé chronologique de l'Histoire d'Espagne*, au sujet des mœurs et des coutumes des Goths, ceci : « Le médecin était en même temps chirurgien et apothicaire. Cet homme avant que d'entreprendre de guérir une maladie, convenait du prix avec le malade. Si ce dernier venait à mourir, le disciple d'Hippocrate perdait son salaire; s'il lui arrivait d'estropier un homme en le saignant, il était condamné à lui payer cent sols d'or d'amende (le sol égale à peu près 15 francs). Si un homme mourait de quelque opération chirurgicale, le malheureux médecin était réduit à l'esclavage et livré aux parents du mort qui le punissaient à leur gré, mais sans pouvoir lui ôter la vie. Si la victime était un esclave, le médecin en était quitte pour fournir un esclave de même valeur. »

Les Egyptiens avaient un Code de médecine dont il n'était pas permis aux médecins de s'écarter. Si un de leurs malades mourait après avoir usé d'un médicament qui ne figurait pas dans le Code (*Codex*), il était lui-même condamné à mort.

Les jumelles réglementaires pour les médecins militaires.

On sait que le port de la jumelle est obligatoire en campagne pour tous les officiers de troupe, y compris les médecins.

Une récente décision ministérielle dispose que les officiers de tous grades de l'armée métropolitaine et coloniale, appartenant aux armes de l'infanterie, de la cavalerie et du génie, devront, dans un délai de trois ans, à partir du 1er janvier 1912, être en possession d'une jumelle à prismes.

Les élèves des écoles militaires et les adjudants promus sous-lieutenants dans l'une des armes désignées ci-dessus devront justifier, dans un délai de trois mois partant du jour de leur promotion, de la possession d'une jumelle remplissant les conditions déterminées pour l'arme à laquelle ils appartiennent.

Les officiers de réserve devront être pourvus d'une bonne jumelle, de préférence du type réglementaire dans leur arme.

Les officiers déjà pourvus de jumelles à prismes pourront continuer à en faire usage, même si elles ne remplissent pas toutes les conditions requises.

Les Suisses grandissent.

Il résulte d'une statistique officielle, basée sur les mensurations auxquelles sont soumis tous les jeunes gens de 19 ans aux conseils de revision, que la taille moyenne des Suisses a augmenté de plus de 2 centimètres dans l'espace de vingt ans.

La stature moyenne des conscrits était, en effet, de 163,5 centimètres dans la période de 1884 à 1891; en 1908 elle s'élevait à 165,6 centimètres.

On attribue ce résultat à une meilleure alimentation de l'enfance comme au développement de la gymnastique dans les écoles.

Le libre choix en Allemagne.

La *Société des médecins de Munich pour le libre choix* (il s'agit des malades soignés par les « Caisses ») a tenu dernièrement son assemblée générale. Elle possède actuellement un capital de 150,381 marks. Nous relevons les chiffres suivants qui résultent du libre choix : un médecin a touché, comme honoraires pour soigner les malades des « caisses », la somme de 14.713 marks; neuf médecins ont reçu plus de 10.000 marks; 200 médecins ont touché au-dessous de 1.000 marks.

Doit-on traiter les Tuberculoses fébriles PAR LA TUBERCULINE ?

Par M. le Docteur Louis RÉNON
Professeur agrégé à la Faculté de Paris
Médecin de l'Hôpital Necker

A la suite des travaux de clinique thérapeutique publiés depuis ces trois dernières années, la tuberculinothérapie commence à se répandre en France. Les praticiens recourent avec plus de confiance à ce mode de traitement. Mais ils sont encore bien embarrassés pour le choix des cas et pour les indications précises de la méthode.

Doit-on traiter les tuberculoses fébriles par la tuberculine?

Voilà une vraie question de pratique, souvent posée, dont la réponse est parfois difficile, qui a été diversement résolue et qui, malheureusement, est de toute actualité. A la suite de l'envoi récent dans tous les milieux médicaux français d'une brochure intitulée « Tuberculinothérapie et tuberculine Béraneck », affirmant que cette tuberculine était un excellent antithermique, pouvant juguler la fièvre chez des malades ayant 38° et 39°, quand la défense de l'organisme était encore en état d'être stimulée et quand on l'emploie à doses homéopathiques, des médecins, désespérés de voir la température de leurs malades ne céder à aucune des médications usuelles contre la fièvre des bacillaires, ont utilisé la tuberculine chez des tuberculeux fébriles. Beaucoup n'avaient point pris la précaution de faire la balance exacte des autres contre-indications. Des accidents formidables se sont produits; j'ai eu connaissance d'un certain nombre d'entre eux et j'ai été appelé à en voir quelques-uns. J'ai constaté des réactions générales et des réactions de foyer violentes, des hémoptysies répétées, une généralisation rapide de la tuberculose et, dans deux cas, la mort en six ou sept semaines.

De tels exemples donnent singulièrement à réfléchir. Pour ne pas discréditer à jamais une excellente méthode, il convient d'approfondir cette question du traitement des tuberculoses fébriles par la tuberculine, en commençant par examiner rapidement d'une manière schématique le *mécanisme* de l'action de cette substance.

Contrairement à la sérothérapie qui détermine une immunisation passive, la tuberculinothérapie provoque une immunisation active de l'organisme. Dans la sérothérapie, on fait préparer biologiquement des anticorps par un organisme étranger. « L'organisme malade n'a aucun frais personnel à faire pour sa défense; il n'a pas d'armée à lever, à équiper et à instruire dans la lutte qu'il doit soutenir; on lui envoie, pour ainsi dire, une armée de mercenaires, équipée, préparée, instruite dans un pays étranger. N'ayant pas la peine d'élaborer un anticorps, on comprend que cette préparation ne l'épuise pas » (1). Dans la tuberculinothérapie où l'immunisation est active, les choses se passent tout autrement, puisque l'inoculation de l'antigène est faite à l'organisme malade lui-même. Celui-ci doit faire seul les frais de la formation des anticorps et il est obligé de réagir pour s'immuniser. Cette réaction s'opère d'une manière progressive, suivant la quantité progressivement plus grande d'antigène introduit. Les anticorps antituberculeux ainsi produits combattent les antigènes tuberculineux déversés sans cesse dans l'organisme par la lésion tuberculeuse en activité. Cela détermine un effet antitoxique général et de plus une action locale indiscutable sur les foyers tuberculeux, suivie souvent d'une limitation du foyer et de sa transformation scléreuse. Cette heureuse modification s'opère surtout sous l'influence d'une réaction locale, réaction de foyer qui ne semble guère pouvoir être évitée, qui a peut-être même son utilité, mais qui ne doit pas être recherchée et qui doit être réduite à son minimum ; dans une tuberculinothérapie bien conduite, elle doit passer inaperçue du clinicien.

Pour obtenir un résultat avec la tuberculine, il faut que l'organisme soit en état de réagir et qu'il ne soit pas trop épuisé. Sinon, les anticorps peuvent ne se pas former; le traitement peut ajouter purement et simplement une nouvelle quantité d'antigène à celle fabriquée par les foyers tuberculeux. L'organisme se trouve saturé d'une plus grande quantité de tuberculine; il peut en résulter de la fièvre, une intoxication générale, une hypersensibilité anaphylactique au niveau des foyers tuberculeux avec réaction congestive intense et même une découverte et une mise en activité de foyers nouveaux. Quand l'organisme ne peut réagir, on comprend que, théoriquement, la sérothérapie soit plus indiquée que la tuberculinothérapie, puisque les sérums apportent les anticorps tout préparés à neutraliser l'action nocive des antigènes.

Ces considérations préliminaires étaient indispensables pour permettre de répondre à la question posée au début de ce travail. Dans la tuberculose, en dehors de l'hecticité des phtisiques, la fièvre est due à une intoxication générale et à la multiplicité des foyers tuberculeux. Cliniquement, elle est en rapport direct avec la gravité de l'affection. L'organisme du tuberculeux fébrile résiste moins, réagit moins, et, *a priori*, doit former moins d'anticorps, soit spontanément, soit à la suite d'injection d'un antigène tuberculineux dans un but thérapeutique. Théoriquement, la tuberculine ne doit donc pas convenir aux tuberculoses fébriles. Pratiquement, on a vu des tuberculoses fébriles s'améliorer par la tuberculinothérapie, tandis que d'autres s'aggravaient. C'est une question de résistance de l'organisme. Il serait très intéressant de pouvoir mesurer scientifiquement, biologiquement, cette résistance. On pourrait alors déterminer le moment précis où l'activité de défense biologique va défaillir et où la tuberculine n'est plus indiquée. Dans le traitement, on aurait des renseignements sûrs, nets, indiscutables sur la quantité nouvelle de tuberculine à injecter. Des essais multiples et très intéressants ont été faits; les résultats sont malheureusement encore incertains, en raison surtout des difficultés de technique.

C'est sur la *clinique* seule, avec les éléments d'appréciation fournis par l'examen minutieux du malade, qu'un médecin expérimenté en tuberculinothérapie peut décider le traitement et, au cours du traitement, les doses nouvelles à injecter. J'estime que la fièvre doit être prise en grande considération pour la décision thérapeutique. Pour moi, comme je n'ai cessé de le répéter depuis trois ans, la première indication pratique de la tuberculine me paraît être, *d'abord, et avant tout, l'apyrexie « relative »* du malade, dont la température rectale ne doit pas dépasser 37°8 le soir (1). L'expression « relative » indique suffisamment que je ne suis pas opposé au traitement des fébricules de 37°2, de 37°3, 37°4, 37°5, et des fièvres légères de 37°6, 37°7, 37°8. On peut même traiter des malades atteints de 38°, mais *le traitement doit s'effectuer dans un sanatorium ou dans un hôpital*, sous la surveillance *exclusive* et *constante* d'un médecin habitué à manier la tuberculine; cette condition est indispensable. Sinon, à part de rares exceptions, *dans la pratique médicale courante*, il faut limiter la tuberculinothérapie aux tuberculoses franchement apyrétiques. « La majorité des tuberculeux fébriles, dit très justement mon distingué collègue, M. Küss, ne doivent pas recevoir de tuberculine; les évolutions aiguës, les formes avancées progressives, les tuberculoses accompagnées de phénomènes graves d'intoxication, les foyers congestifs ou inflammatoires récents, seraient aggravés souvent d'une manière irrémédiable... La tuberculine ne peut être employée que dans des cas soigneusement étudiés *où la fièvre n'est pas intense*, quoique tenace, où le processus *n'est pas en activité aiguë*, quoique fébrile, où le malade a gardé une vitalité suffisante et de grandes chances de curabilité. Même dans ces cas relativement favorables, pour employer la tuberculine à titre d'antithermique, il faut avoir une longue expérience de la tuberculinothérapie et procéder avec une prudence excessive *sinon on irait tout droit à un désastre* » (2).

Quand, après mûre réflexion, on se sera décidé à traiter par la tuberculine une tuberculose subfébrile, il faudra recourir aux *doses infinitésimales, les plus faibles*, des diverses tuberculines, qu'on emploie celle de Béraneck, celle de Denys, la tuberculine C L de l'Institut Pasteur de Lille, ou même les tuberculines plus anciennes. J'ai utilisé, dans ces cas, « la tuberculine pour usage médical de l'Institut Pasteur de Paris », en commençant par un millionième de milligramme, pour arriver ensuite lentement et progressivement à un huit cent millième de milligramme, à un cinq cent millième de milligramme, à un deux cent millième de milligramme, et cela sans incident. L'usage des

(1) Louis RÉNON: *Le traitement scientifique pratique de la tuberculose pulmonaire*, 1911, p. 80.

(1) Les autres *indications* de ce que j'ai appelé la « tuberculinothérapie limitée ou restreinte » sont les suivantes; les tuberculoses lentes à leur début, à une période d'au moins deux et trois mois des hémoptysies, les tuberculoses torpides, déjà traitées et améliorées par les médications ou la cure d'air, quand l'état local s'immobilise depuis des semaines et des mois dans des signes invariables. Les *contre-indications* comprennent : les tuberculoses fébriles, les tuberculoses hémoptoïques, les tuberculoses à marche aiguë, les tuberculoses en activité progressive, les tuberculoses cavitaires avec hecticité.

(2) Küss : *Traitement de la tuberculose pulmonaire*, 1911, p. 587.

anciennes tuberculines est peut-être plus indiqué. Dans tous les pays, un mouvement se dessine en faveur de l'ancienne tuberculine de Koch, de la « lymphe » de Koch, qui semble plus stable que les tuberculines précipitées par l'alcool. Mon distingue collègue, le Dr L. Guinard, l'emploie au sanatorium de Bligny, en utilisant une solution-mère preparée par l'Institut Pasteur de Paris et dosee à 0 gr. 25 pour un litre. Il se declare tres satisfait des resultats obtenus avec cette tuberculine, dout le maniement lui parait plus sûr que celui des tuberculines précipitees.

Avec une bonne tuberculine, avec des soins attentifs, avec la grande habitude de la tuberculinothérapie, avec une surveillance incessante, le traitement des tuberculoses légèrement febriles (37°,4 à 37°,8) peut se faire sans trop de risques. Mais, dans la pratique courante, traiter des tuberculoses *vraiment fébriles* par la tuberculine, quand on n'est pas rompu à la pratique de la médication, c'est faire courir de sérieux dangers aux malades et se créer des difficultes parfois insurmontables dans la direction du traitement.

LE

Rôle éducatif des Consultations de Nourrissons

ET L'ENSEIGNEMENT DE LA PUERICULTURE (1)

Par M. le Dr JARRICOT, de Lyon

Chef de laboratoire à la Faculté de Médecine, Membre conseiller du Bureau permanent de l'Union internationale pour la protection de l'Enfance du premier âge

Donner des soins éclairés aux enfants malades, diriger l'élevage des nourrissons avec la préoccupation d'éviter les maladies évitables, chercher à rendre les mères de famille capables de diriger elle-mêmes cet élevage, telle est l'évolution naturelle des directions de la puériculture. La tâche la plus féconde paraît être celle dont on s'est avisé en dernier lieu. Parce que je la voudrais voir comprise davantage dans les réalisations de la vie pratique, je reviens agiter ici, et je m'en excuse, des idées qui, pour être relativement récentes encore, n'ont déjà plus cependant tout l'attrait de la nouveauté.

Le pratique de la médecine infantile montre que la pluralité des jeunes femmes de l'époque de progrès où nous sommes ne savent en général rien encore de ce qu'elles devraient savoir en ce qui concerne les soins à donner aux jeunes enfants. Le médecin est chaque jour le témoin d'erreurs graves commises au détriment de la santé des nourrissons. Une ignorance égale se rencontre du reste à tous les niveaux de l'échelle sociale. Seules diffèrent, suivant le degré d'éducation et d'instruction générale des parents, la facilité et la bonne grâce avec lesquelles les erreurs peuvent être redressées.

Contre cette situation que chacun de nous connait parfaitement bien, puisqu'elle est la raison même des Gouttes de Lait, des Consultations de nourrissons et de ce troisième Congrès, que se flatte-t-on d'entreprendre en France ? Peut-on, en particulier, faire fond sur l'adoption d'un programme d'enseignement de la puériculture par le Conseil supérieur de l'Instruction publique ?

Que l'enseignement de la puériculture par le livre et par la leçon magistrale ou familière soit utile, nécessaire même, je suis le premier à le reconnaître et à le défendre (1). Mais il semble aussi que la puériculture ne saurait être enseignée toute à l'école, telle la lecture et les quatre règles élémentaires du calcul. L'essentiel de la puériculture est de discerner les signes auxquels on reconnaît qu'un enfant est en bonne santé. Un tel enseignement ne peut pas être donné sans confronter les élèves avec la réalité. Le critérium de la santé échappe aux mathématiques. Il doit être cherché bien moins dans le nombre de grammes dont s'accroît l'enfant ou le nombre de calories qu'il utilise que dans l'aspect, dans le coloris des téguments, dans la fermeté des chairs, dans l'examen des fonctions diverses, dans l'impression, en un mot, qui se dégage de l'état général. Le coup d'œil pour s'acquérir réclame la fréquentation des enfants et même une fréquentation assez longue.

Aussi bien, il ne semble pas que ces exigences puissent être discutées, non plus que l'idée d'utiliser les Consultations de Nourrissons pour cette initiation à la puériculture. J'insisterai cependant sur ce point, parce que si l'on admet, sans réserves à ma connaissance, la valeur éducative des Consultations de Nourrissons, les éducateurs ne paraissent pas encore tous convaincus de l'absolue nécessité de recourir à ces organismes nouveaux de l'hygiène sociale.

⁂

Il est nécessaire que toutes les grandes jeunes filles aient fréquenté quelque temps les Consultations. En voici les raisons :

D'abord, il faut convaincre. Si nous voulons que l'heure venue de choisir entre la routine et une ligne de conduite rationnelle, la jeune mère de famille ne prête pas une oreille trop soumise aux conseils de ses vieux parents, il faut qu'elle puisse opposer ses propres souvenirs à cette trop fameuse et irritante expérience des gens âgés de la famille. Il faut que la jeune mère soit convaincue de l'excellence des principes de puériculture qui lui ont été inculqués ; il faut qu'elle en connaisse toute la valeur pour les avoir appliqués.

En second lieu, on doit comprendre que ce ne sont pas les quelques leçons de l'école qui peuvent suffire à parfaire l'éducation de la future mère de famille. La puériculture n'appartient pas au seul domaine des idées comme la philosophie. Elle réside essentiellement en des actes, en des manipulations ; son enseignement doit donc comprendre, comme celui des arts plastiques, des travaux pratiques, des exercices, une sorte d'entrainement physique, en un mot.

Mais si tels sont les bénéfices que l'on peut réaliser, comment refuser aux grandes jeunes filles les avantages d'une participation aux Consultations de Nourrissons ?

Valeur comparée de l'allaitement au sein et de l'allaitement artificiel, nécessité de rationner les enfants, de fixer certains intervalles entre leurs petits repas, premiers symptômes des maladies les plus fréquentes, signification habituelle des régurgitations, renseignements tirés de l'examen des déchets intestinaux : toutes les conditions principales de la santé des enfants leur seraient connues et devenues familières, routinières, serais-je tenté de dire. Les opinions contre lesquelles nous nous insurgeons auraient dès lors la même difficulte à s'imposer aux jeunes femmes que les opinions scientifiques en rencontrent aujourd'hui à triompher de la résistance d'anciennes habitudes.

⁂

Parmi les grandes jeunes filles dont il est utile que l'éducation soit ainsi complétée, il existe une classe, une sorte d'aristocratie intellectuelle si l'on veut, dont la présence aux Consultations est particulièrement désirable : je veux parler des futures institutrices. Non seulement, en effet, ces jeunes filles peuvent être quelque jour des mères de famille, mais elles auront de par leur profession, à enseigner la puériculture. Enseigneront-elles la lettre seulement ? Une fois à leur poste, elles seront chaque jour questionnées sur des points de pratique de l'hygiène infantile. Il faut qu'elles soient à même de répondre, sans être prises de court, de donner un conseil opportun, de faire une réflexion judicieuse. Pour cela, il faut qu'elles connaissent la puériculture autrement qu'en théorie : il faut d'ailleurs qu'elles aient manipulé de jeunes enfants, ne fut-ce que pour savoir les manier devant les mères de leurs élèves qui auraient vite fait de dépister une novice et de la discréditer.

Il y a plus encore et je dirai toute ma pensée. Le contact des enfants et des mères est utile à la pluralité des élèves institutrices pour les rappeler de l'idéal trop éthéré où beaucoup s'égarent. Séparées de leur milieu d'origine par les études mêmes, enthousiastes, elles ont pour la plupart une conception fausse de la vie où tout leur apparaît médiocre en dehors de l'intellectualité. Il est bon pour la santé morale de ces jeunes filles très instruites de les rappeler à la réalité, de les confronter avec la vie. C'est une chose utile en soi : à bien connaître les enfants, elles les aiment mieux. C'est une chose utile pour ces jeunes filles elles-mêmes ; au contact de l'enfance, elles abandonnent leurs opinions aprioriques, elles voient la famille sous un jour plus vrai, les chances diminuent pour elles de traverser la vie isolées, retenues par je ne sais quelles craintes et quel mépris injurieux de la maternité.

⁂

Il est un troisième groupe de bénéficiaires du rôle éducatif des Consultations de Nourrissons : ce sont les mères de famille elles-mêmes. Je pense montrer qu'il ne s'agit point là d'une naïveté, car voici comme je l'entends.

Les femmes qui veulent bien venir aux Consultations ne reçoivent pas seulement nos conseils, elles reçoivent aussi une sorte d'empreinte particulière. Les choses en effet se passent de la manière suivante :

En dehors des Consultations, quand une ordonnance a été rédigée, les conseils qu'elle renferme font l'objet d'une discussion dont le médecin est exclu. Si, comme il arrive trop souvent, le médecin a dû redresser des erreurs, la peine qu'il a prise risque fort d'avoir été inutilement dépensée. En même temps que l'on prétexte de laisser à la jeune femme toute latitude de suivre les conseils qui lui ont été donnés, on ne manque pas de lui citer des exemples terrifiants d'une obéissance aveugle Comme la mère n'a que trop de tendances naturelles à juger que dans les conseils qui lui ont été donnés il faut mettre un peu d'éclectisme et faire un choix, elle s'abandonne, cède, capitule devant la coutume et finalement tout à peu près est à refaire.

Dans les Consultations les choses se passent d'une manière très différente. —

Pendant que la « nouvelle » attend, dans la salle commune, le moment où ce sera le tour pour son enfant d'être examiné, elle écoute les propos qui s'échangent autour d'elle. Elle n'entend que des réflexions élogieuses sur le dévouement du médecin, sur son habileté à discerner les premiers symptômes d'une maladie, sur les bons effets des régimes alimentaires

---

(1) Rapport présenté à la Section II du IIIe Congrès international des Gouttes de lait, Berlin 1911.

(1) J. JARRICOT. — Rapport à M. le Maire de Lyon, sur la proposition d'ouvrir un cours public d'hygiène appliquée à l'Education maternelle, p. 290 et suiv., in *Rôle social et pratique du fonctionnement des Consultations de nourrissons et des Gouttes de lait*. — Baillière, 1909. Voyez aussi : *eodem loco*, Rapport à M. le Préfet du Rhône, sur l'Ecole limousine des mères et sur la création d'une œuvre analogue à Lyon.

qu'il institue, sur l'état de santé réjouissant de tel enfant amené quelques semaines auparavant, dans un état lamentable, etc. A ce concert il n'y a autant dire pas de fausse note, et cela se comprend puisqu'il s'agit d'un public sélectionné : seules viennent aux Consultations et les suivent, de leur plein gré, avec une assiduité qui étonne, des femmes qui ont jugé utiles les conseils qu'on leur a donnés.

Ainsi, la Consultation constitue une atmosphère spéciale de crédulité. C'est toute impressionnée par ce qu'elle vient d'entendre, gagnée déjà aux conseils qu'elle va recevoir, que la « nouvelle » pénètre dans le cabinet du médecin. A celui-ci d'achever le triomphe de l'hygiène par son savoir et du savoir faire. Il est, dans ces conditions, le maître de l'heure, et l'empreinte qu'il imprimera sera définitive. Sous la réserve, en effet, que ses conseils auront été judicieux, les bons effets qui en sont la conséquence achèveront de déterminer chez la mère, pour le plus grand bien de l'enfant, une obéissance absolue et peu à peu prendront naissance de nouvelles habitudes. Sans doute la mère ne saura pas les justifier par de solides raisonnements : ces habitudes ne différeront guère d'une routine ; mais cette routine sera conforme, et c'est l'essentiel, aux exigences d'une saine puériculture.

***

Les réflexions qui viennent d'être exposées sont-elles neuves ? Ces simples constatations de faits évidents ont-elles jusqu'ici échappé aux observateurs ? On serait tenté de le croire quand on considère l'intervalle qui sépare les réalisations de la vie pratique et les desiderata que ces réflexions et que ces constatations ne peuvent pas ne pas éveiller. Si, en effet, les Consultations de Nourrissons peuvent aider à l'enseignement de la puériculture, à la lutte contre la mortalité infantile, dans une aussi large mesure qu'on a pu le démontrer, comment expliquer qu'il n'y ait encore en France que çà et là quelques initiatives isolées, quelques essais timides de perfectionner nos rouages officiels, administratifs et académiques ?

Je ne veux que souligner en passant cette indifférence. Il ne se peut pas qu'elle se perpétue, et voici quelles seraient, semble-t-il, les directions principales dans lesquelles il conviendrait de favoriser le développement des Consultations de Nourrissons.

***

Notre grande loi de Protection des Enfants du premier âge a subi l'épreuve du temps. Elle semblerait même l'avoir subie victorieusement. Cependant, à considérer les choses de près et surtout à confronter la situation acquise avec l'idéal de Th. Roussel, il faut convenir que la loi telle qu'elle est appliquée diffère beaucoup de la loi telle qu'elle fut conçue.

Le pivot de la loi du 23 décembre 1874, on l'oublie trop, était la Commission locale. Je ne veux pas faire ici à nouveau (1) le procès de cette institution, mais un fait brutal est à retenir : par le fait de la non-existence des Commissions locales, la loi manque de base. En effet, qui devait provoquer d'urgence la visite du médecin près de l'enfant malade ? Qui devait surveiller la nourrice, et, au besoin, lui retirer l'enfant protégé, si elle ne présentait pas toutes les garanties désirables ? Qui devait, en un mot, prendre soin de l'enfant et vraiment le protéger d'après la lettre et plus encore dans l'esprit de la loi ? En attribuant ces prérogatives à la Commission locale et tout ensemble en déterminant ses devoirs, la loi, son règlement d'administration publique, les circulaires et les instructions du Ministre (2) montrent avec évidence ce que l'on croyait pouvoir attendre de cette organisation.

Ces espérances, malheureusement, reposaient sur une erreur psychologique. Pris entre leurs intérêts propres et l'intérêt du petit protégé, les membres des Commissions locales constituées ne devaient pas user de leurs prérogatives ; peu nombreuses, au reste, furent les Commissions qui se constituèrent et l'on peut dire aujourd'hui que cet organe administratif n'existe plus. Il ne demeure de la loi primitive que les visites très espacées des sous-inspecteurs de l'Assistance publique et la visite mensuelle du médecin-inspecteur. Sans dénier à ces visites toute efficacité, il faut bien reconnaître que les enfants protégés ne retirent pas des avis donnés à leurs nourrices et gardeuses tout le profit dont ils pourraient bénéficier, si l'exécution des ordonnances médicales et des conseils d'hygiène était étroitement surveillée... Ces avis, d'ailleurs, et ces conseils ne sont-ils pas donnés avec trop de parcimonie, en regard des exigences de la puériculture ? Il n'y a pas à se le dissimuler, par le fait même de la non-existence des Commissions locales, il s'est creusé un fossé profond dans la loi. Mais précisément, il me semble qu'il pourrait être comblé, et ce serait par les Consultations de Nourrissons.

Que ce projet d'étendre le bénéfice des Consultations de Nourrissons aux enfants protégés, et du même coup évidemment aux enfants assistés, rencontre des difficultés nombreuses et sérieuses, je ne le dissimule pas. Il ne semble pas cependant que l'on doive se heurter à des obstacles insurmontables.

D'abord, et c'est là un argument des plus encourageants, cette extension des Consultations de Nourrissons au delà des agglomérations urbaines est un fait réalisé d'ores et déjà dans plusieurs départements. Je tiens pour assuré que les Consultations de Nourrissons fleuriraient partout où inspecteurs et médecins feraient preuve des mêmes qualités d'altruisme, d'initiative et de méthode. Au reste, qu'objecte-t-on ? La difficulté d'obtenir des nourrices une assiduité suffisante, l'importance de la somme à prévoir pour honorer les médecins, l'impossibilité de faire apporter les enfants aux Consultations rurales en certaines saisons et dans certaines régions où la densité de la population est très faible ? Aucune de ces objections n'a grande valeur.

L'assiduité des Consultations est fonction surtout des qualités du médecin. La preuve en est dans ce fait que dans une même ville et pour un même niveau social, telle œuvre qui ne distribue aucune récompense prospère aussi bien, sinon mieux, que telle autre faisant des largesses. On peut ajouter que les parents des enfants protégés prendraient vite l'habitude d'exiger de la nourrice, soit la présentation d'un livret où seraient consignées les pesées, soit l'envoi hebdomadaire d'un bulletin portant le timbre de la consultation et une annotation médicale. L'assiduité ne serait pas moins facile à obtenir des nourrices et gardeuses d'enfants assistés. Les secours, primes et gages ne leur seraient alloués que sur le vu d'un état dressé avec les fiches d'un carnet à souches, chaque fiche étant adressée à l'inspecteur départemental de l'Assistance publique, par le médecin, à l'issue de chaque consultation.

Enfin, il ne serait même pas impossible d'intéresser les communes elles-mêmes à obtenir la meilleure assiduité (1).

Au premier coup d'œil, on devine combien vaste serait le champ nouveau ouvert à l'activité du médecin ; quelles seraient les dépenses engagées ?

Evidemment, il ne faut pas penser aboutir sans prévoir de nouveaux crédits. Je ne veux pas insister sur ce point. Mais tous ceux que la question intéresse peuvent apprendre des inspecteurs quelle est souvent la gêne des fonctionnaires quand les circonstances les condnisent à réclamer de médecins de leur ressort une observation plus stricte de la loi. L'Etat se doit à lui-même de donner l'exemple ; sa parcimonie, si explicable soit-elle, n'est ni juste, ni digne.

Est-ce à dire inversement que les dépenses engagées seraient immenses ? Il n'en est rien. A tout prendre, il n'y aurait jamais qu'à pourvoir à 52 séances annuelles par centre de Consultation et le projet comprendrait une étude préalable des inspecteurs départementaux de l'Assistance publique et des médecins du premier âge, pour déterminer le nombre des centres de Consultation. Non seulement, quelles qu'elles soient, les dépenses seraient toujours très faibles en comparaison des services rendus, mais il y a lieu de supposer qu'une somme peu supérieure aux crédits actuels permettrait une rétribution très acceptable, grâce à l'économie de temps réalisée par la méthode elle-même (2).

J'arrive à la dernière objection faite aux Consultations, celle qui est tirée de la difficulté que l'on allègue de conduire les enfants aux séances par certains temps et quand il y a un long chemin à parcourir.

Cette objection semble sérieuse.

Remarquons tout de suite cependant que dans les dispositions légales actuelles la visite à domicile semble souffrir les difficultés mêmes que l'on redoute pour la Consultation. Les rigueurs de la mauvaise saison et les longues routes à faire pour parvenir aux petits hameaux perdus de la montagne sont aussi des obstacles à ce que le petit protégé soit visité régulièrement.

D'un autre côté, il faut reconnaître que ces cas ne sont pas, et loin de là, les plus fréquents. Des consultations ont pu être organisées dans la montagne même, dans certaines hautes vallées des Alpes, par exemple, par le distingué docteur Mouret, pendant son inspection de l'Isère, et elles ont aussi parfaitement réussi que celles organisées dans les sites plus paisibles de la Marne, où M. Marois a obtenu les beaux résultats que chacun sait (3).

La loi nouvelle pourrait du reste laisser au médecin inspecteur la latitude de déterminer, selon les circonstances, si tel hameau pourrait être compris dans la circonscription d'une consultation, ou si les enfants de ce hameau devraient être l'objet de visites à domicile.

Il pourrait aussi être décidé, et ce serait peut-être la meilleure des mesures, que les enfants ne pourront pas être placés en garde, en dehors du domicile des parents, dans certaines localités, où la surveillance est trop difficile et où l'assistance aux consultations serait aléatoire.

---

(1) J. Jarricot. — *Rôle social*, etc., p. 82-86.

(2) Loi du 23 décembre 1874, règlement d'Ad. publique de 1877 (art. 6 et 7); Circulaire du 20 mars 1877 (Jules Simon). Instruct, du 15 juin 1877 (De Fourtou).

Voici un extrait de ces Instructions, bien caractéristiques :

... « Les Membres de la Commission devront s'enquérir par tous les moyens en leur pouvoir du genre de vie habituel de la nourrice et de la famille, tant au point de vue moral qu'au point de vue matériel, de manière à pouvoir éclairer sur ce point le médecin et leurs collègues. Lors des visites, ils constateront l'état de propreté de l'enfant, ils examineront avec soin, sous le rapport de la salubrité et de l'aération, la pièce où il couche, l'état des vêtements qui composent la layette et les objets servant à son usage; ils veilleront à ce que le berceau soit tenu proprement et pourvu de tous les objets nécessaires, à ce que les cheminées ou les poêles soient munis d'un garde-feu; ils s'occuperont, en un mot, de tous les détails qu'il serait impossible d'énumérer limitativement, mais qui, familiers à tous ceux qui ont vu de près l'enfance, ont une si grande importance sur les premières années de la vie. Lorsque l'enfant sera malade, le membre visiteur s'assurera que le médecin a été appelé, veillera à ce que ses prescriptions soient suivies et les remèdes intelligemment administrés, enfin, il se rappellera que si la nourrice s'est engagée par contrat vis-à-vis des parents à nourrir et à élever leur enfant, il est tenu, par devoir, de suppléer au défaut du père et de la mère; qu'il est investi par la loi des pouvoirs de surveillance qui découlent de l'autorité paternelle... » (p. 25).

(1) J. Jarricot. — Pour protéger nos petits enfants. (*Echo de la Médecine et de la Chirurgie*, août 1909.)

(2) *Ibidem*.

(3) C. Marois. — *Les Consultations de nourrissons dans l'Yonne en 1910*, une notice chez Jacques, à Auxerre, 1911.

Enfin, il ne faut pas considérer que les cas exceptionnels. A côté de quelques centaines de communes éparpillées en petits hameaux, il y a la foule des agglomérations urbaines et rurales ; ces agglomérations valent bien qu'on les fasse profiter d'un régime qui ne souffre en ce qui les concerne d'aucune difficulté.

***

On sait quel est l'effet des Consultations de Nourrissons sur la mortalité des petits enfants.

Le si intéressant bilan des Consultations de Nourrissons dressé par Ausset a fait la démonstration définitive de l'économie de vies humaines qu'il est possible de réaliser grâce à ces institutions. A n'en pas douter, il serait fait d'immenses bénéfices, s'il était apporté à la loi Roussel une modification dans le sens de celle que je viens d'esquisser.

Il est même permis d'espérer que ces bénéfices iraient grandissant et cela non seulement dans la mesure où la loi serait de mieux en mieux appliquée, mais dans la proportion où produirait ses effets éloignés ce rôle éducatif des consultations sur lequel j'insiste tant et de propos délibéré. Après ce que j'ai exposé au début de cette notice, nous sommes conduits à examiner maintenant comment on pourrait faire participer les jeunes filles et particulièrement les futures institutrices aux Consultations de Nourrissons.

Si les autorités académiques voulaient actuellement faire bénéficier toutes les grandes jeunes filles de France d'un enseignement de la puériculture tel que je le souhaite, elles se heurteraient plus d'une fois sans doute à une difficulté, celle qui résulte du nombre relativement modeste des consultations dans certaines régions. Cette difficulté, d'autre part, disparaîtrait complètement si l'on modifiait la loi Roussel dans le sens qui vient d'être indiqué. Est-ce à dire qu'il faille subordonner ces deux projets l'un à l'autre et ne rien modifier à l'enseignement de la puériculture en attendant que soit revisée la loi du 23 décembre 1874 ?

Il faut, de toute évidence, si l'on juge bonne l'idée que je défends, s'accommoder des circonstances et faire pour le mieux, dès à présent, avec le matériel dont on dispose.

Partout où il existe une Consultation type Budin (Consultation de Nourrissons-Goutte de Lait) il appartient dès maintenant au médecin, d'accord avec le Comité organisateur de l'œuvre, s'il existe, d'inviter les directrices des écoles de filles à lui conduire leurs élèves pour assister aux séances (1). Dans le cas des simples Consultations de Nourrissons, à la campagne, par exemple, les séances peuvent avoir lieu avec avantage dans une salle même de l'école : ainsi en est-il dans l'Yonne, sous l'active impulsion de M. Marois. S'il n'existe pas d'Association de Dames et de Jeunes Filles groupées dans le but d'assister le médecin, c'est aux grandes jeunes filles de l'école que ce service, attrayant et instructif, sera demandé; des séries pourront même être constituées, si le nombre de jeunes filles est considérable ; les unes à certains jours, manipuleront les enfants, les autres se bornant ce jour-là à assister à la séance. Le médecin, bien entendu, doit autant que possible ne pas se borner à la prescription éclair des grandes œuvres urbaines où se pressent cent enfants et plus par séance. Il agira sagement en profitant de chaque enfant comme d'un matériel d'enseignement et en expliquant le pourquoi de ses conseils et de ses critiques. L'autorité académique, de son côté, pourrait beaucoup. Sa réserve excessive n'est pas facile à justifier.

(1) J. Jarricot. — Sur l'enseignement appliqué de l'hygiène infantile dans les Consultations de nourrissons (IIIe Congrès d'éducation familiale. Bruxelles 1910, VII, 65-6.)

En somme, on le voit, il suffit d'un peu de bon vouloir général et d'un peu de méthode pour que l'enseignement de la puériculture diffuse très vite et sur de grandes étendues. Mais je n'ai pas à insister sur ce point non plus. De toutes les idées énoncées dans cette étude, celle-là est peut-être la plus familière déjà, la plus sympathiquement accueillie, celle qui a reçu le plus grand nombre de commencements d'application.

Examinons, au contraire, avec une grande attention une question plus neuve, celle de l'enseignement spécial de la puériculture que paraissent mériter les élèves institutrices.

Après ce que j'ai exposé précédemment de l'intérêt qui s'attache à l'enseignement de l'hygiène infantile dans les écoles normales d'institutrices, il semble difficile que l'on puisse trouver suffisant un cours théorique professé par une maîtresse qui, le plus souvent, ignore tout de la maternité, et l'assistance de loin en loin de quelques élèves à une séance de consultations. Pour faire de ces jeunes filles d'élite que sont les élèves institutrices, non seulement, le cas échéant, des mères parfaites, mais dans tous les cas des éducatrices irréprochables et pleinement instruites de ce qu'elles enseigneront plus tard, il est nécessaire de recourir à une organisation moins rudimentaire. La complexité du projet que je préconise ne serait toutefois pas très grande, puisqu'il consisterait simplement, je le rappelle, à doter chacune de nos écoles normales d'institutrices d'une Consultation de Nourrissons du type Budin. Voici au surplus de quels arguments ce projet tire à mes yeux sa justification.

Pour obtenir des Consultations de Nourrissons tout ce qu'elles peuvent donner au point de vue qui nous préoccupe, il est utile d'instituer des Consultations modèles. Il est avantageux, dans ce but, qu'un type de Consultation ait été étudié au préalable au double point de vue des exigences scientifiques et d'une réalisation aussi économique que possible. Ce type établi, il suffira d'une circulaire et d'une entente des autorités académiques et départementales pour transformer le projet en réalité.

Les avantages de cette manière de faire sont évidents. La réalisation du projet demande le minimum de temps et c'est en même temps qu'il est réalisé dans toutes les écoles normales. On n'a à redouter ni les complications dues à des initiatives intempestives, ni les simplifications outrées qui aboutissent à stériliser les meilleurs projets, ni la force d'inertie des gens hostiles. Enfin, un matériel uniforme est mis à la disposition des professeurs chargés d'un enseignement uniforme.

Autres avantages. Dans ces locaux commodes, puisqu'ils sont adaptés à leur utilisation, les institutrices sont chez elles : pas de service à demander, pas de gêne à craindre. Ces locaux sont d'ailleurs compris sinon dans les bâtiments mêmes de l'école normale, ce qui ne serait pas toujours possible, sans doute, du moins dans des immeubles très voisins de l'école. Ainsi disparaît l'objection des pertes de temps plus ou moins grandes et les divers inconvénients des allées et venues quand la consultation choisie siège loin de l'école, au cœur d'une ville.

Ces locaux sont assez suffisamment spacieux pour admettre le nombre voulu d'auditrices. Toutes les élèves de la dernière année assistent à toutes les séances de la Consultation : les manipulations seules se font par séries. Il existe une salle de travaux pratiques où les élèves sont exercées à la pasteurisation, à la soxhlétisation, à la stérilisation du lait, à la confection des bouteilles de babeurre, des soupes maltosées, des bouillons de légumes, etc... Dans la salle de Consultation, véritable petite salle de clinique, un cours théorique est fait une fois par semaine, et à l'issue de chaque consultation un entretien familier a lieu dont le thème est fourni par les cas les plus intéressants observés au cours de la séance.

Selon le vœu exprimé l'an dernier par le troisième Congrès d'Hygiène scolaire, ces cours, comme tous les cours scolaires de puériculture, sont faits par un médecin. Ils sont obligatoires pour les élèves et sanctionnés par un examen à la fin de l'année.

Ce projet auquel d'année en année (1) j'attache plus d'importance au fur et à mesure que je le mûris davantage, sera-t-il quelque jour adopté ? Il semble qu'il soit permis de l'espérer. De même que les Consultations de Nourrissons, parce qu'elles constituent un progrès social, se multiplient sans cesse et partout, malgré leurs détracteurs et l'hostilité toujours vivace de quelques-uns, l'enseignement de la puériculture, l'enseignement de l'hygiène appliquée à l'éducation maternelle ne peut pas ne pas fleurir à son tour.

Peut-être, il est vrai, faut-il savoir faire preuve de mesure et ne pas demander à l'heure qui s'étonne encore devant les horizons nouveaux la réalisation immédiate de trop vastes desseins.

Quant M. Pinard, émerveillé de ce qu'il a vu à Porchefontaine, nous dit son admiration et souhaite avec l'Académie de Médecine la fondation de semblables instituts de puériculture dans toutes les villes où se trouve une école normale d'institutrices (2), je crois que la limite est dépassée de ces projets réalisables immédiatement, les seuls que nous devions former. M. Pinard a senti, d'ailleurs, et il le dit, la nécessité de faire plus simple. Mais où s'arrêter ?

A côté de la Consultation de Nourrissons et de la Goutte de Lait, il serait utile d'avoir une clinique, une petite infirmerie temporaire pour les jeunes enfants. C'est l'opinion de M. le docteur Raimondi, dont on sait l'autorité en ces matières, c'est celle de M. le professeur Bosc, c'est la mienne aussi. Il ne serait pas moins utile de pouvoir disposer d'un sanatorium de haute montagne pour nourrissons, ou tout au moins de pouvoir former, à l'exemple de M. le professeur Bosc, des sortes de petites colonies estivales pour la cure d'altitude.

Mais il faut distinguer entre les besoins des Consultations au point de vue de la pratique de la médecine infantile et de l'enseignement de la puériculture. Or, les adjonctions réalisées çà et là ou proposées sont-elles des perfectionnements nécessaires du matériel d'enseignement que constitue la Consultation de Nourrissons pure et simple ? Ces adjonctions n'apportent-elles pas, d'autre part, des difficultés très grandes à la réalisation du progrès essentiel ?

Pour ma part, je suis porté à le craindre et je crois volontiers que plus le projet sera modeste et économique, tout en demeurant suffisant, mieux il se conciliera la bienveillance des communes et des conseils généraux, au fond maîtres de sa destinée.

***

Telles sont les idées que je défends sur le rôle éducatif des Consultations de Nourrissons et sur l'enseignement de la puériculture. Puissent-elles, pour en sortir meilleures, mériter la faveur d'une discussion.

En tout cas, depuis les quelque vingt ans où P. Budin nous ouvrait la voie nouvelle des Consultations de Nourrissons, ces conceptions, ces préoccupations, ces projets, n'ont pas cessé

(1) J. Jarricot. — 1909. Rapport M. le Préfet du Rhône sur l'Ecole limousine des mères et sur la création d'une œuvre analogue à Lyon (in *Role social, loco citato*).

1910. Consultations de nourrissons et l'Ecoles normales d'institutrices, Association française pour l'avancement des sciences. Congrès de Toulouse.

1911. Sur l'enseignement de la puériculture aux institutrices. Association française pour l'avancement des sciences. Congrès de Dijon.

(2) Pinard. — Des Instituts de puériculture après la naissance. (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1911, n° 7.)

d'habiter, sous une forme ou sous une autre, l'esprit de ceux qui savent encore, et le nombre en est grand parmi nous, goûter le jeu des idées générales.

Ces idées me semblent donc mûries assez pour qu'on puisse espérer de prochaines réalisations.

REVUE CLINIQUE

Note sur un cas de grande azotémie avec survie exceptionnellement prolongée, par MM. Mosny, Javal et Lévy-Bruhl.

Le malade dont nous vous rapportons l'histoire présente cette particularité exceptionnelle de survivre depuis déjà plus de huit mois à une grande crise d'azotémie avec rétention d'urée dépassant dans le sérum 4 grammes par litre.

Chez ce malade, entré dans le coma, nous avons vu les symptômes cliniques d'urémie s'amender peu à peu, sans disparaître complètement. En même temps, la rétention uréique diminuait, mais elle reste encore notablement au-dessus de la normale (1 gr. 23 le 7 novembre).

Observation. — Tr... (Benoit) est amené à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service du professeur Hayen, le lundi 27 mars, dans un état voisin du coma : c'est un homme de quarante-huit ans, exerçant la profession de fondeur en plomb. D'après les renseignements fournis par sa femme. on peut reconstituer ainsi son histoire.

Ses antécédents héréditaires ne présentent rien d'intéressant.

Antécédents personnels. — Il est marié depuis vingt-six ans à une femme bien portante qui n'a pas fait de fausse couche. De leurs sept enfants, trois sont morts en bas âge de méningite, une fille est albuminurique, un fils épileptique, un fils scoliotique.

Notre malade n'a présenté jusqu'à présent que des accidents saturnins sous forme de coliques de plomb membraneuses (une vingtaine) : la première serait survenue trois ans après qu'il avait commencé à travailler dans le plomb (il y a seize ans), la dernière il y a deux ans ; à cette époque, on aurait constaté de l'albuminurie. Il n'a jamais présenté aucun accident nerveux (pas de paralysie radiale). Il est éthylique, buvant surtout du vin. Depuis quelques semaines, il se plaignait d'une céphalée persistante, lorsque tout d'un coup, dans l'après-midi du dimanche 26 mars, il est pris d'une amaurose subite, qui n'est accompagnée d'aucun autre symptôme. Le lendemain, il est pris de nausées et de vomissements et tombe dans un état de torpeur, proférant des gémissements répétés.

Il est amené à l'hôpital Saint-Antoine, salle Béhier, dans un état voisin du coma, dans la nuit du lundi au mardi.

Le mardi matin, le malade répond à peine aux questions et se plaint de céphalée à prédominance frontale et de douleurs dans les jambes. Il est constipé depuis plusieurs jours.

Examen. — Le malade est couché dans le décubitus dorsal. Sa face est pâle ; on ne trouve pas trace d'œdème. Les pupilles sont en état de dilatation moyenne, la gauche plus large et réagissant moins bien à la lumière. Le pouls est régulier, tendu ; la tension artérielle, prise avec le sphygmo-signal de Vaquez, est de 25 maximum et 12 minimum.

Du côté du système nerveux, on ne trouve pas de signe d'hémiplégie : les réflexes rotuliens sont forts des deux côtés, le réflexe plantaire se fait en flexion.

Rien d'anormal à l'appareil respiratoire ni au cœur : pas de bruit de galop. Dans les urines, on trouve une notable quantité d'albumine, 1 gr. 50 par litre.

On pratique une saignée de 300 grammes et une ponction lombaire de 15 centimètres cubes : le liquide est de coloration ambrée et donne par centrifugation un culot abondant formé d'hématies et de leucocytes polynucléaires intacts.

Dans le liquide céphalo-rachidien, le dosage de l'urée donne 1 gr. 06 par litre.

Le 29 *mars*, le malade est sorti du coma et répond mieux aux questions qu'on lui pose. Il se plaint de céphalée frontale. L'examen du système nerveux montre des réflexes exagérés des deux côtés, sans trépidation épileptoïde, sans signe de Babinski. On ne trouve pas de signes d'hémiplégie aux membres, mais à la face une légère asymétrie et une déviation de la langue à gauche. Il y a une raideur marquée de tout le corps et un signe de Kernig des plus nets. Du côté des autres appareils, rien de nouveau ; la constipation persiste sans vomissements.

L'examen des yeux pratiqué par M. le Dr Dupuy-Dutemps montre un fond d'œil rouge à contours flous ; la réaction pupillaire à la lumière est nettement diminuée à gauche. Une nouvelle ponction lombaire montre dans un culot abondant les mêmes éléments que la veille : hématies et polynucléaires intacts en nombre à peu près égal.

Dans l'après-midi du 29, l'état du malade paraît s'aggraver. Sans aucune crise convulsive, sa respiration devient irrégulière, prend le type de Cheyne-Stokes; on trouve alors ses deux pupilles en myosis; mais spontanément, avant qu'on ait pratiqué la saignée, cette crise se résout, la respiration reprend sa régularité et les pupilles leurs dimensions normales.

Le 30 *mars*, l'examen est devenu plus facile, le malade étant plus éveillé et répondant mieux aux questions qu'on lui pose. On constate alors qu'il présente une hémianopsie complète du côté gauche avec suppression des mouvements portant les globes oculaires vers la gauche. A cette paralysie des muscles lévogyres s'ajoute une hémiplégie gauche. La face est prise (facial supérieur et inférieur), les rides sont effacées du côté gauche, la queue du sourcil abaissée, la langue déviée à gauche. Les membres sont moins touchés, le malade serre beaucoup moins bien à gauche qu'à droite, sans qu'on trouve des modifications des réflexes au membre supérieur.

Le membre inférieur est pris également; le malade ne peut lever sa jambe ni la plier ; le réflexe rotulien est nettement plus fort à gauche qu'à droite, où il semble y avoir une hyperesthésie marquée. En résumé, nous relevons les signes d'une hémiparésie gauche avec hémianopsie et paralysie des muscles oculogyres. En même temps, les signes cliniques de réaction méningée se sont encore accentués. Le signe de Kernig est très marqué, de même que la raideur de la nuque.

1er *avril*. Le malade a déliré toute la nuit et se trouve à peu près dans le même état. Le liquide céphalo-rachidien ne contient plus d'hématies, mais des polynucléaires abondants et intacts.

Un nouvel examen des yeux montre le même aspect rouge et à contour flou des pupilles sans traces de rétinite albuminurique, la réaction pupillaire est encore paresseuse à gauche. On pratique une injection intraveineuse de cyanure de mercure (1 centimètre cube) et on prélève préalablement du sang pour la réaction de Wassermann. Elle est nettement négative et on arrête le traitement d'épreuve.

6 *avril*. Durant toute la semaine, le malade est resté à peu près dans le même état, délire, agitation surtout nocturne, incontinence de l'urine et des matières. Toujours même état de raideur avec signe de Kernig très marqué: mêmes signes à l'examen des yeux. La tension artérielle est (au Potain) de 20 centimètres.

15 *avril*. On constate une amélioration sensible dans l'état du malade, il délire beaucoup moins et ne perd plus ses urines. L'examen montre la persistance du signe de Kernig et de l'hémiplégie gauche.

16 et 18 *avril*. Le dosage de l'urée dans le sérum et dans le liquide céphalo-rachidien donne les chiffres de 4,22 et 3,77.

21 *avril*. L'état du malade s'est amélioré très nettement ; il ne délire plus, se plaint encore de céphalée et, depuis quelques jours, de prurit. Les réflexes sont toujours exagérés, surtout à gauche, avec trépidation épileptoïde, mais sans signe de Babinski. A l'examen des yeux, pas de changement.

13 *mai*. Le malade commence à se lever et sa démarche est assez assurée. Il conserve une hémiparésie gauche avec hémianopsie et de la confusion mentale avec un certain degré de torpeur.

19 *mai*. On ne trouve plus d'albumine dans les urines du malade et on le met au régime lacto-végétarien, mais l'albumine reparaît au bout de quelques jours ainsi que les œdèmes ; la tension artérielle est à 22.

22 *mai*. A l'examen des yeux, on constate (pour la première fois) des hémorragies et des taches blanches de rétinite.

10 *juin*. Le malade quitte la salle Béhier en assez bon état. Démarche assurée, diurèse satisfaisante avec traces d'albumine; il se plaint seulement d'affaiblissement de la vue.

Il rentre le 21 juin dans le service du Docteur Mosny, salle Louis. Il a été pris le 12, le surlendemain de sa sortie de l'hôpital, d'une crise avec perte de connaissance d'une durée de dix minutes environ, sans secousses convulsives, sans morsure de la langue et sans émission d'urine au dire de sa femme.

Les jours suivants, pas d'incidents ; le malade refuse de rien changer à son régime alimentaire. Brusquement, le 16, il est pris d'*aphasie* qui persiste complète pendant deux heures et demie environ, puis il retrouve ses mots, mais la parole reste embarrassée.

Le 19 *juin*. Nouvelle perte de connaissance avec écume à la bouche, rappelant celle du 12, mais de moindre importance.

Le 20 *juin*. Aphasie passagère pendant deux heures environ.

A sa rentrée, le 21 *juin*, il se plaignait, depuis une huitaine de jours, de violents maux de tête ; d'autre part, ses urines sont moins abondantes, avec pollakiurie nocturne plus accusée.

A l'*examen*, le facies est pâle, légèrement bouffi; les paupières œdématiées; le malade répond difficilement aux questions posées, il n'a pas d'amnésie.

A l'exploration du *système nerveux*, on trouve des pupilles petites, égales, réagissant bien à la lumière; pas d'ophtalmoplégie, ni de parésie d'aucun des muscles de l'œil: des réflexes rotuliens et achilléens forts des deux côtés sans trépidation épileptoïde et sans signe de Babinski ; du signe de Kernig sans raideur de la nuque.

Peu de chose à noter dans les autres appareils.

Le foie est petit; la rate perceptible sur une étendue de trois travers de doigt; le pouls est régulier, dur, 80 pulsations à la minute; les artères sclérosées; la tension artérielle de 23,5 maxima, 14 minima (sphygmo-signal de Vaquez).

Les urines ont claires, mousseuses, albumineuses : pas de sucre.

22 *juin*. Le malade a eu une crise d'épilepsie avec mouvements convulsifs généralisés, qui a duré environ vingt à vingt-cinq minutes, il s'est mordu la langue et a perdu ses urines: ce matin il est obnubilé, ne cause pas et ne reconnaît personne.

Les pupilles sont petites, le rythme respira-

toire n'est pas modifié. On pratique une saignée abondante (800 grammes) et une ponction lombaire, liquide hypertendu (0,7 élément par millimètre cube). La réaction de Wassermann faite par M. Vincent, avec le sérum et le liquide céphalo-rachidien, est négative.

23 juin. Le malade est mieux, il a repris connaissance et se rappelle un peu sa crise d'hier. Il ne perd plus ses urines, que l'on peut recueillir. Le volume est de 2 litres, avec 1 gramme d'albumine par litre.

17 septembre, à 9 heures du matin, le malade, assis sur son lit, en train de causer, est tombé brusquement à terre sans connaissance, avec un peu de mousse sanguinolente aux lèvres : au bout d'une demi-heure, il a repris ses sens : pendant la crise, il avait perdu ses urines.

29 septembre. Nouvelle crise pendant la nuit, analogue à la précédente, mais beaucoup moins accentuée.

28 octobre. Le malade, qui venait de prendre un bain sulfureux, a eu un début de crise caractérisé seulement par des éblouissements, du vertige. Il est resté couché toute la journée. A l'examen des urines, on trouve une augmentation de l'albumine qui avait diminué la semaine dernière.

7 novembre. Une ponction lombaire donne un liquide céphalo-rachidien clair, contenant deux éléments par millimètre cube, on y trouve 1 gr. 23 d'urée par litre.

Les derniers examens des yeux montrent le même aspect congestionné de la pupille et la persistance de l'hémianopsie.

Tableau des dosages d'urée

27 mars.	— Liquide céphalo-rachidien.	1g 03	p. lit.
28 mars.	— Sérum	1g 35	—
29 mars.	— Liquide céphalo-rachidien.	1g 31	—
6 avril	— Liquide céphalo-rachidien.	2g 59	—
8 avril.	— Liquide céphalo rachidien.	2g 80	—
16 avril.	— Sérum	4g 22	—
18 avril	— Liquide céphalo-rachidien.	3g 77	—
5 mai.	— Liquide céphalo-rachidien.	1g 28	—
3 juin.	— Liquide céphalo-rachidien.	1g 42	—
21 juin.	— Liquide céphalo-rachidien.	1g 09	—
22 juin.	— Sérum	1g 22	—
13 oct.	— Sérum	1g 76	—
13 oct.	— Liquide céphalo-rachidien.	1g 74	—
7 nov.	— Liquide céphalo-rachidien.	1g 23	—

En résumé, notre malade est un ancien saturnin atteint de néphrite depuis au moins deux ans, qui est entré à l'hôpital avec des accidents dus à des lésions cérébrales en foyer avec raptus congestif des méninges et hémorragie méningée, sans méningite proprement dite.

L'examen du sérum et du liquide céphalo-rachidien pratiqué dès ce moment et suivi depuis lors, a montré des chiffres élevés de rétention uréique qui ont même atteint 4 grammes, chiffre considéré comme comportant un pronostic fatal à brève échéance.

Cette notion de la rétention uréique est, en effet, essentielle pour le pronostic, et M. Widal a montré que les chiffres d'urée dépassant 3 grammes comportent en général un pronostic fatal à quelques mois d'échéance. Il a observé deux malades (1) « qui ont présenté pendant plusieurs mois des chiffres d'urée supérieurs à 4 grammes. Dans ces deux cas, d'ailleurs, il ne s'agit que de rémission temporaire et la mort est survenue au milieu des signes de l'azotémie la mieux caractérisée ».

L'évolution chez notre malade n'a pas été tout à fait semblable, puisque nous avons vu par la suite la rétention uréique s'amender, mais elle persiste, entre 1 et 2 grammes, depuis le mois de mai.

Les symptômes cliniques ont marché de pair avec la concentration uréique. Au moment de la grande rétention, le malade était dans le coma: à l'heure actuelle, avec une rétention plus faible, mais incontestable, il reste dans un état d'urémie chronique qui se traduit par des crises épileptiformes périodiques et un certain degré d'asthénie et d'abattement.

(1) *Journal Médical Français*, janvier 1911, p. 31.

Il est donc bien évident que si la durée de la survie de notre malade à la crise initiale de grande azotémie a été exceptionnellement prolongée, le pronostic n'en demeure pas moins des plus sombres, et le dosage de l'urée dans les humeurs n'en garde pas moins toute sa valeur. (*Soc. médic. des hôpitaux.*)

REVUE DE PATHOLOGIE

État histologique du cerveau humain dans deux cas mortels d'état de mal épileptique : recherches expérimentales sur l'état histologique du cerveau du chien, dans l'état de mal épileptique provoqué par l'absinthe, par MM. les Drs Bouchut et L. Nové-Josserand, de Lyon.

Dans le cerveau de deux malades observés dans le service de MM. Mouisset et Péhu, médecins des hôpitaux, et morts en état de mal épileptique, après avoir présenté respectivement pendant trois ans et onze ans une épilepsie tardive typique, nous avons trouvé une accumulation considérable de cellules jeunes dans l'épaisseur du parenchyme cérébral, accumulation diffuse, généralisée aux deux hémisphères, sans méningite.

Avant d'admettre qu'il s'agisse sûrement là d'une encéphalite, il fallait savoir si cette infiltration de cellules jeunes ne pourrait pas être un phénomène physiologique en quelque sorte, lié, par exemple, à une diapédèse abondante s'effectuant à la faveur et sous l'influence de la vaso-dilatation des vaisseaux du cerveau pendant les crises subintrantes. Cet état histologique, qui nous avait frappés, a déjà été vu et décrit par différents auteurs ; mais, et c'est là le point original de notre travail, on n'avait pas songé à vérifier s'il n'était pas, par hasard, un effet des accès plutôt que leur cause.

Pour cela, nous avons examiné histologiquement le cerveau d'un sujet mort d'une encéphalite hémorragique avec vastes hémorragies en foyer de la corticalité, et ayant eu, pendant les trente-six heures qui se sont écoulées entre l'ictus et la mort, au moins une dizaine de crises épileptiques généralisées : or, en dehors des régions avoisinant les foyers sanguins et où régnait une encéphalite localisée, il n'y avait pas, dans les parties voisines, d'infiltration leucocytaire diffuse, généralisée ; celle-ci aurait dû exister si un pareil état histologique était sous la dépendance des crises.

Enfin, nous avons expérimenté sur deux chiens :

Chien A, 13 kilogrammes. — Etat de mal épileptique par injection intraveineuse d'essence d'absinthe ; quinze crises en une heure et demie ; mort.

Chien B, 15 kilogrammes. — Etat de mal épileptique par le même procédé : vingt-quatre crises en vingt-quatre heures ; mort.

Dans les deux cas, la mort est survenue au cours d'une série de crises subintrantes, et le cerveau ne présentait pas d'infiltration leucocytaire autour ou en dehors des vaisseaux.

Hémolyse et cirrhose pigmentaire diabétique, par MM. les Drs J. Chalier et L. Nové-Josserand.

Un malade, ancien diabétique, présente des signes indubitables de cirrhose hépatique. Comme caractères spéciaux, on relève une ascite chyleuse et, fait plus intéressant, une pigmentation accusée des téguments, et particulièrement de la face : il se surajoute à cela du subictère visible surtout aux conjonctives et aux muqueuses. Le taux de la glycosurie est faible. La mort survient dans la cachexie.

Le diagnostic de cirrhose pigmentaire est vérifié par l'autopsie. Le foie, en plus d'un degré très prononcé de sclérose, offre des îlots pigmentés nombreux. La rate est volumineuse. La recherche du fer par le ferrocyanure de potassium et l'acide chlorhydrique est très rapidement positive pour le foie, le pancréas, la rate, qui, rapidement, deviennent d'un bleu foncé. Le rein devient bleu plus tardivement et de façon moins intense.

Les dosages du fer (Boulud) pour 1.000 grammes d'organe, donnent en fer : 0 gr. 882 pour le foie, 0 gr. 667 pour la rate, 0 gr. 488 pour le pancréas, 0 gr. 358 pour le rein, tous chiffres particulièrement élevés par rapport à la normale. Ces dépôts ferrugineux ont leur origine dans des phénomènes hémolytiques intenses.

Ces phénomènes hémolytiques, nous les avons *in vivo* mis en évidence. La résistance globulaire se trouvait notablement diminuée, puisque l'hémolyse initiale débutait dans une solution à 0 gr. 58 de chlorure de sodium pour 100 ; l'hémolyse forte apparaissait à 0 gr. 52.

C'est donc dans une fragilité globulaire particulière, dont il est difficile d'affirmer la cause, qu'il faut chercher la raison d'être de cette pigmentation ferrugineuse des viscères.

Cette pigmentation rappelle de tous points celle que l'on relève dans les ictères hémolytiques. Or, dans ce cas, il y avait du subictère et aussi les stigmates hématologiques essentiels de ces ictères hémolytiques acquis, à savoir la fragilité globulaire, une auto-agglutination — il est vrai incomplète — et quelques hématies granuleuses. Le rapprochement semble s'imposer d'autant plus que déjà Castaigne, puis J. Chalier ont établi la réalité d'ictères hémolytiques surajoutés à des cirrhoses hépatiques, ces cirrhoses étant le fait de l'alcool. Gougет a bien vu aussi, dans une cirrhose pigmentaire typique, une hyporésistance des hématies.

Contribution à l'étude pathogénique de la maladie de Basedow, par M. le Dr C. Maurice.

Depuis deux ans, nous avons observé un grand nombre de névropathes se rattachant cliniquement soit à la maladie de Basedow, soit à sa forme fruste. Dans le traitement de ces malades, nous avons obtenu des résultats satisfaisants par l'emploi de l'opothérapie ovarienne et de la médication phosphatée. Pour expliquer ces résultats, et parce que la thérapeutique du goitre exophtalmique est au premier plan des préoccupations médicales à Lyon, nous avons entrepris quelques recherches sur la nature de la maladie de Basedow. Ce sont ces recherches et les conclusions auxquelles nous sommes arrivés que nous résumons ici.

La maladie de Basedow est, au point de vue physio-pathologique, un syndrome thyro-surréno-sympathique. Mais ce qui est peu connu, c'est l'affaiblissement des centres nerveux autonomes qui précède et peut-être conditionne ce syndrome. Cette asthénie est démontrée :

1° Par la clinique qui met en relief l'existence fréquente de parésies ou même de paralysies d'origine centrale, dans la maladie qui nous occupe ;

2° Par les constatations anatomo-pathologiques de M. F. Muller (1) ;

3° Par les résultats thérapeutiques que nous avons obtenus, et à la confirmation desquels nous apportons quatre observations personnelles.

Les conséquences pratiques des données qui précèdent sont importantes. Elles se résument dans nos deux conclusions :

1° Dans le traitement de la maladie de Basedow, il y a une phase médicale, cliniquement caractérisée par la tachycardie et le goitre, phase qui peut ne jamais être dépassée et au cours de laquelle le praticien pourra instituer une médication efficace, non empirique.

2° Lorsque l'heure chirurgicale aura sonné, l'opérateur devra, avant de poser ses indications, se préoccuper de l'état des centres nerveux autonomes et écarter les interventions graves si ces centres paraissent lésés.

(1) *Deutsches Archiv. f. klin. Med.* LI, 4 et 5, 1893.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

A propos du traitement de l'arthrite blennorragique, par M. le Dr Félix Ramond.

Des deux formes du rhumatisme blennorrhagique, — la forme sèche et la forme hydarthrosique. — nous ne nous occuperons que de cette dernière. La variété des traitements proposés prouve leur inefficacité fréquente. On a tour à tour proposé le salicylate de sonde et ses succédanés, l'immobilisation avec compression de la jointure, la ponction avec ou sans injection modificatrice d'eau phéniquée, de sublimé (Galliard), de teinture d'iode, de nitrate d'argent, etc., le massage et l'électrisation, la radiothérapie. Enfin, tout récemment, M. Pissavy s'est fort bien trouvé du sérum antiméningococcique; d'autres ont employé le sérum antigonococcique spécifique. ou enfin la vaccinothérapie appliquée suivant les principes de Wright. Dans les cas rebelles, et aussi dans les formes graves de pyarthrose, on a recouru au traitement chirurgical: l'arthrotomie a donné souvent d'excellents résultats (Morestin); mais parfois elle n'a pas pu prévenir l'ankylose.

Pendant ces vacances, ayant eu l'avantage de remplacer à l'hôpital Tenon MM. Klippel et Laffitte, il me fut donné de traiter cinq cas de rhumatisme blennorrhagique, dont deux à forme pyarthrosique grave, les trois autres étant de simples hydarthroses. Le premier fait de pyarthrose était d'allure grave : une jeune femme de vingt-six ans, atteinte d'écoulement vaginal blennorragique depuis trois mois, vit son genou droit gonfler subitement ; à son entrée, l'article était rouge, tuméfié, d'aspect phlegmoneux, excessivement douloureux. La température était à 39 degrés et l'état général médiocre. Après avoir essayé en vain la plupart des traitements précédemment énumérés, et avant de faire appel au concours du chirurgien, je me proposai d'appliquer à l'épanchement blennorragique du genou la méthode de Gilbert (de Genève) pour l'épanchement tuberculeux de la plèvre. A la vérité, l'analogie des deux cas était bien lointaine, et j'hésitai longuement avant de réinjecter sous la peau du pus blennorragique. Cependant ce pus est très peu virulent, et ne renferme que de rares unités gonococciques.

Dans le cas particulier, plusieurs examens préalables sur lames ne révélèrent aucun élément microbien. Il eût été bon, néanmoins, de stériliser le pus recueilli par ponction, comme me le conseilla depuis M. Claisse, non par la chaleur et les antiseptiques, qui auraient atténué certainement son pouvoir vaccinant, mais bien par les rayons ultra-violets. Mais comme nous ne possédions pas un pareil outillage de stérilisation, et que les accidents menaçants nous imposaient une détermination rapide, nous recueillîmes par la ponction un seul centimètre cube de pus, que nous réinjectâmes aussitôt sous la peau du genou, avant de retirer complètement l'aiguille. Il n'y eut aucune réaction locale; aussi fûmes-nous autorisé à injecter le lendemain 2 centimètres cubes, puis 3 centimètres cubes deux jours après, sans jamais observer d'accident local ni général. Après chaque injection, le genou fut entouré d'ouate, et légèrement comprimé. L'amélioration suivit la première injection, et s'accentua si rapidement les jours suivants que la malade, au sixième jour, pouvait fléchir légèrement l'articulation; l'épanchement s'était résorbé; il ne restait qu'un peu d'œdème péri-articulaire, fort peu douloureux. Au quinzième jour, grâce à l'action adjuvante de la compression, de la mobilisation répétée et du massage, la malade put sortir de l'hôpital complètement guérie.

Le second cas de pyarthrose blennorragique survint également chez une jeune femme de vingt-quatre ans, atteinte de blennorragie vagino-urétrale depuis trente-cinq jours environ. Le genou droit se prit brusquement et violemment. Elle fut tout d'abord traitée chez elle par la compression et les pointes de feu.

L'état ne s'améliorant pas à son gré, elle entra à l'hôpital. A ce moment, ni l'état local ni l'état général ne présentaient la gravité du premier cas. Cependant, comme l'épanchement articulaire ne rétrocédait pas, malgré la thérapeutique courante, nous lui appliquâmes la méthode que nous venons d'exposer, et qui nous avait donné un résultat véritablement encourageant : extraction par ponction de 1 centimètre cube du pus articulaire, et réinjection de ce pus sous la peau, après avoir vérifié au microscope l'absence de tout gonocoque. Nouvelle injection de 2 centimètres cubes, puis de 3 centimètres cubes de deux en deux jours. Ces trois injections furent admirablement tolérées et amenèrent en une douzaine de jours la disparition complète de l'épanchement, sans la moindre ankylose, grâce aussi à l'action adjuvante de la compression, du massage et de la mobilisation précoce.

Les trois autres cas de rhumatisme blennorragique offrent une plus grande banalité, car ils répondent à la forme hydarthrosique simple. Le premier survint au troisième mois d'une blennorragie chez un apprenti charcutier de dix-huit ans; à son entrée à l'hôpital, le genou droit était distendu par un épanchement abondant; la palpation en était douloureuse, et l'atrophie du muscle quadriceps déjà très marquée. Le traitement par le salicylate de soude à la dose de 5 grammes, puis de 4 grammes, joint à la compression et au repos, ne donna pas de résultat appréciable. C'est alors que l'on retira par ponction 10 centimètres cubes d'un liquide séro-fibrineux, se prenant en bloc après extravasation, et dont on injecta [illegible] centimètres cubes sous la peau de l'articulation. Deux jours après, le liquide s'était presque complètement résorbé, et au huitième jour, le malade sortait de l'hôpital avec toutes les apparences d'une guérison complète.

Des deux autres cas, l'un est analogue à celui qui vient d'être décrit, et a été soigné à la consultation de l'hôpital Saint-Antoine; mais l'autre est très intéressant, car il avait subi déjà, sans succès, toutes sortes de thérapeutiques : pointes de feu, ponction évacuatrice, suivie d'injection de sublimé, injection intra-articulaire et sous-cutanée de 5 centimètres cubes de sérum antiméningococcique. Le liquide s'étant toujours rapidement reproduit, le malade se décida à entrer à l'hôpital. Nous pratiquâmes aussitôt une injection sous-cutanée de 5 centimètres cubes de sérosité articulaire retirée quelques instants auparavant. En quarante-huit heures, l'épanchement diminua de moitié; on répéta une nouvelle injection de 3 centimètres cubes, et, au bout de six jours après son entrée à l'hôpital, le liquide synovial était complètement résorbé.

Cette série de résultats heureux est évidemment encourageante, mais elle se réduit à cinq cas seulement. Elle n'est pas suffisante pour porter un jugement définitif sur la méthode d'auto-vaccination, renouvelée de celle de Gilbert (de Genève). Aussi nous proposons-nous de l'appliquer sur une plus grande échelle, non seulement aux cas d'arthrite blennorragique que nous aurons à traiter, mais encore à tous les cas d'hydarthrose de nature différente, et chez lesquels la thérapeutique habituelle n'aura pas donné de résultats probants et immédiats.

(*Soc. Méd. des hôpitaux.*)

Le traitement reminéralisant par l'opothérapie hepatico-osseuse.

Le professeur A. Robin a souvent insisté sur les importantes indications fournies par l'étude des mutations chimiques de tous les organes, la fixité de composition des humeurs et des tissus, c'est-à-dire l'intégrité chimique apparaissant comme aussi indispensable que l'intégrité anatomique.

Ces notions trouvent surtout leur application dans la thérapeutique dirigée contre la déminéralisation et la décalcification. Ce sont là des troubles fréquents, non seulement dans les affections propres du système osseux (ostéomalacie, rachitisme), mais dans certains états physiologiques (grossesse, allaitement, périodes de dentition et de croissance) ou pathologiques (convalescence des maladies infectieuses, anémie, chlorose, maladies du système nerveux, phosphaturie, diabète, albuminurie, entérite, et en général toutes les affections pulmonaires, rhume, bronchite.)

A première vue, il semble très facile de réaliser la reminéralisation, et depuis longtemps on a proposé d'administrer et on donne encore, sans grandes convictions d'ailleurs, plutôt par habitude, des composés calciques (phosphate, glycéro, lacto-phosphates de chaux). Mais les résultats obtenus sont loin d'être constamment favorables. C'est un point que le Pr A. Robin a bien précisé :

« *On ne reminéralise pas par le simple apport de principes inorganiques que l'organisme ne fixe pas plus qu'il ne retient ses éléments minéraux de constitution.* »

C'est d'ailleurs un fait de biologie générale que l'organisme fixe difficilement les substances minérales même lorsqu'elles entrent dans la composition de ses tissus. Ne sait-on pas combien il est difficile d'augmenter la teneur du sang en fer chez les anémiques ? alors que la masse totale du sang contient à peine 3 grammes de fer et qu'on administre chaque jour des sels de fer à la dose de 25 à 50 centigrammes, on voit qu'il faut des semaines et des mois pour réparer la déperdition en fer des anémiques et des chlorotiques. Il en est de même pour le métabolisme des sels de calcium. Ce n'est pas en augmentant la quantité de phosphates, de glycérophosphates ou d'autres sels de chaux qu'on reminéralise les tissus : car ce qui importe ce n'est pas ce qui est absorbé, mais ce qui reste dans les tissus.

Aussi a-t-on eu l'idée de remplacer ces médicaments chimiques par des produits d'origine organique, ayant la même composition, mais présentant des différences dont la nature nous échappe encore, analogues à celles bien connues qui séparent les eaux minérales naturelles des eaux minérales artificielles, celles-ci pouvant renfermer les mêmes principes que les premières et ayant cependant une action bien inférieure.

D'autre part, il faut remarquer que le phtisique qui se déminéralise cherche au début à compenser ses pertes en épuisant les réserves minérales qu'il possède dans son tissu osseux : fait établi par des analyses nombreuses qui établissent la déminéralisation et la décalcification du squelette des tuberculeux.

Il était légitime d'imiter ce processus de défense spontanée et d'employer comme agent reminéralisateur le tissu osseux. Enfin, le Pr Robin, après avoir fait remarquer que l'*on reminéralise plus facilement si l'on fait absorber des sels ayant déjà subi une « orientation vitale »*, ajoute que *la fixation des matières inorganiques se fait d'autant mieux que l'activité hépatique est plus grande : il y a parallélisme entre la fonction glycogénique du foie et la fixation des sels minéraux.*

Il apparaît donc comme très logique de tenter la reminéralisation en réunissant les éléments du tissu osseux et les extraits hépatiques totaux. Cette opothérapie mixte ou associée réalise tous les desiderata exprimés plus haut par le Pr A. Robin.

Le laboratoire de produits biologiques A. Daniel-Brunet, 5, rue du Docteur-Blanche, à Paris, présente au corps médical cette associa-

tion des extraits hépatiques et osseux, en tablettes friables, grâce à l'addition d'une faible quantité d'albuminate de chaux et connues sous le nom de « tablettes d'Ostéohépatine ». (5 tablettes par jour, dose d'adulte.) M. A.

REVUE D'HISTOLOGIE

Sur les terminaisons artérielles de la rate, par M. J. Jolly.

La question de la circulation sanguine dans la rate est encore entourée d'obscurités. Le mode de terminaison des artères est inconnu. Il paraît difficile, à l'heure présente, de donner une conclusion ferme sur un sujet si difficile et si discuté. C'est seulement la découverte de nouvelles méthodes, de nouveaux objets et aussi la comparaison patiente des faits acquis, qui permettront de hâter la solution du problème. Je n'ai donc pas la pensée de le résoudre aujourd'hui, mais seulement l'intention de mettre en valeur quelques faits et quelques considérations qui pourront servir à l'éclairer.

Les artères de la rate présentent, en général, dans les mammifères, une disposition pénicillée assez régulière, connue depuis longtemps. Mais nulle part cette division régulière, arborescente, ne se voit mieux que sur les préparations de rate d'oiseaux (poule et canard) injectées par les artères. Ces injections montrent souvent un fait curieux : dans certains territoires vasculaires, les divisions artérielles sont absolument remplies jusque dans les branches les plus fines, mais l'injection s'arrête brusquement à la limite du réseau artériel, sans qu'il y ait ni fuite ni réplétion du système veineux. Ce fait a, comme nous allons voir, une certaine importance. On sait depuis longtemps que les terminaisons artérielles de la rate présentent un épaississement singulier de leur paroi, paradoxal, qui a été signalé pour la première fois par Schweigger-Seidel en 1863. Schweigger-Seidel a décrit ces épaisses parois sous le nom de Capillarhulsen. Elles se voient chez les mammifères, où cette disposition est en général peu accusée ; on l'observe beaucoup mieux chez les poissons, les reptiles et les oiseaux. Je l'ai particulièrement étudiée chez ces derniers animaux, où la paroi de ces artérioles terminales peut atteindre quelquefois une épaisseur considérable comme, par exemple, chez la canepetière et le sansonnet.

Chose curieuse, cette disposition, connue depuis longtemps, a peu attiré l'attention ; on ne s'est jamais demandé, à ma connaissance, si elle pouvait jouer un rôle quelconque dans la circulation de la rate.

Les terminaisons artérielles à housse, sur les coupes intéressant l'artériole suivant son axe, apparaissent comme un renflement fusiforme plus ou moins allongé ; chez certaines espèces, ce renflement est très accusé et prend la forme d'une olive. A ce niveau, la lumière vasculaire est d'une exiguïté extrême et ne laisse passer qu'un seul globule rouge à la fois. L'endothélium est ordinairement très saillant. A l'extrémité distale du renflement, l'épaisse paroi s'arrête assez brusquement et le vaisseau se continue avec un capillaire étroit et régulier dont la paroi n'apparaît formée que par une couche de cellules endothéliales ; c'est le capillaire terminal artériel qu'on voit s'ouvrir dans des espaces remplis de sang qui sont probablement des veines d'origine : mais c'est là justement la question discutée. Ces épaisses parois, gaines ou housses, sont constituées, non par un tissu lymphoïde, mais par un tissu conjonctif formé de cellules irrégulières contenues dans une trame fibrillaire très solide. Une mince couche de tissu conjonctif sépare la housse de l'endothélium vasculaire.

Il me paraît que la présence de ces organes est en rapport avec les résultats singuliers qu'on obtient dans certaines injections et que je rappelais tout à l'heure.

Ces organes sont, en somme, des sortes de bagues, placées à l'extrémité du vaisseau artériel, à l'endroit où il est le plus faible et qui renforcent sa paroi comme les frettes d'un canon. Ils la renforcent et surtout ils la rendent inextensible. Or, en la rendant inextensible, ils maintiennent l'étroitesse de la lumière vasculaire. Rétrécissement, inextensibilité, c'est tout un. Ainsi, l'extrémité de l'artériole présente un calibre extrêmement étroit et inextensible. Au point de vue de la mécanique, au point de vue de la circulation, l'effet de cette disposition sera le même que celui d'un rétrécissement permanent, non modifiable par les changements de pression et par l'élasticité de la paroi vasculaire.

Admettons pour un instant cette manière de voir : le résultat est facile à déduire. Ce sera une élévation de pression en amont une diminution progressive de pression dans le cours du segment rétréci et surtout une diminution de pression en aval avec une diminution de débit. Cette conséquence fait naître immédiatement, à mon sens, l'idée que ces épaississements localisés à la terminaison de l'artère protègent le système veineux, fragile à ses origines, contre l'exagération de la pression, contre les coups de pression, régularise le débit artériel, empêche l'encombrement et la dilacération de la pulpe et provoque aussi une stase dans le système veineux, stase peut-être favorable aux élaborations qui se passent dans la rate.

Mais alors, pourquoi ces housses, ces bagues de renforcement, si épaisses chez certaines espèces, sont-elles, au contraire, si peu marquées chez d'autres, comme chez les mammifères, en général, chez l'homme, le lapin, le cobaye ?

Il me semble qu'on peut répondre à cette question. J'ai eu l'occasion de montrer avec M. Chevallier que la paroi des sinus veineux, dans la rate de l'homme, du cobaye, du lapin, du singe, du rat, est criblée de solutions de continuité. Il semble que chez ces mammifères, les orifices de la paroi des sinus veineux jouent un rôle analogue à celui des gaines artérielles terminales. Ils sont, pour le système veineux de la pulpe, une soupape de sûreté, une disposition de protection. Ainsi, suivant les espèces animales, la protection de la paroi veineuse, fragile à ses origines, serait assurée par des dispositions structurales fort différentes : tantôt par un rétrécissement terminal inextensible des artères, tantôt par des trous de la paroi veineuse, tantôt par les deux à la fois. Cette hypothèse, qui est suggérée tout naturellement par les faits observés, me semble jeter quelque lumière sur la circulation de la rate. (*Laboratoire d'histologie du Collège de France.*)

REVUE DE DIÉTÉTIQUE

L'aliment de fortune, par M. le Dr Hoton.

Dans la rapidité de la vie moderne, il est souvent nécessaire de se nourrir rapidement et avec les aliments que les circonstances permettent de trouver : la nécessité imposera parfois des conditions d'alimentation spéciales au touriste, au médecin, au sportsman, etc.

Dans bien des cas, il faut choisir un aliment de préparation simple, facilement et rapidement absorbable et assimilable.

On éliminera les légumes, les fruits charnus et les baies qui ont peu de valeur nutritive, les noix, amandes, noisettes indigestes, l'œuf qui, consommé cru, amène souvent des troubles digestifs et de la diarrhée.

Le sucre, les confiseries, le chocolat sont des plus recommandables par leur valeur nutritive, leur digestibilité et l'absence des altérations qui atteignent beaucoup d'aliments.

Les bananes, figues et dattes sont à rapprocher de ces aliments. La bière, solution sucrée et alcoolisée, présente une valeur nutritive notable : son défaut est de provoquer trop facilement la réplétion stomacale.

Le lait, que, dans les circonstances de fortune, on consomme souvent cru, a l'inconvénient de demander un travail digestif assez long, vu sa teneur en beurre et caséine.

La tartine beurrée, avec fromage ou jambon, est un aliment que l'on trouve facilement, qui s'absorbe rapidement et s'assimile sans difficulté. Sa valeur en calories est notable et pour ces motifs, c'est là une combinaison préférable, que l'on trouvera toujours à l'état frais alors que les pâtés de viande, les pâtisseries, surtout à la crème, s'altèrent très rapidement outre que leur digestibilité est médiocre.

L'examen succinct des aliments de fortune paraît démontrer qu'il faut donner le premier rang au sucre et aux substances sucrées quand le choix est déterminé par le manque de temps. Le pain beurré, les sandwichs, les gâteaux secs seront consommés lorsque les circonstances de lieux et de temps le permettent.

On n'oubliera pas avec Munck et Ewald que l'alimentation de fortune met l'organisme dans de fâcheuses conditions qui motivent les indigestions et les dyspepsies.

CARNET DU PRATICIEN

Crevasses du sein

Laver le bont dn sein, après chaque tétée, avec nne solntion alcoolisée au 1/5e.

Pnis appliquer, avec nn pinceau, nn des liquides suivants :

a)	Banme dn Péron	2 gr. 50
	Teintnre d'arnica	2 gr. 50
	Eau de chanx	15 grammes
	Hnile d'amandes donces	30 —
b)	Teinture de benjoin	15 grammes
	Teinture de baume de toln	15 —
c)	Liqueur de Van Swieten	15 grammes
	Glycérine	15 —
d)	Borate de soude	8 grammes
	Teintnre de benjoin	12 —
	Glycérine	20 —
	Eau de roses	40 —
e)	Eau oxygénée à 12 vol.	5 grammes
	Glycérine	10 —
f)	Extrait de *cannabis indica*	0 gr. 50
	Tannin	1 gramme
	Glycerine	10 grammes

Après la lotion, reconvrir le bout dn sein d'une fenille de gutta-percha, on d'nn carré de gaze stérilisée.

Dans certains cas, il sera préférable d'employer la pommade suivante :

Menthol	0 gr. 50
Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 50
Oxyde de zinc	5 grammes
Teinture de benjoin	10 grammes
Vaseline	10 —
Beurre de cacao	30 —
Essence de roses	II gouttes

(Rudeaux et Cartier.)

Furoncle

Formol à 40 0/0	10 grammes
Eau distillée	100 —

Trois à qnatre badigeonnages dans le courant de la saison.

Pour les personnes à peau délicate, on peut étendre la solntion on l'additionner de glycérine.

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 17.500 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 35, rue J.-J. Rousseau

Le Gérant : Docteur Lucien Graux



Amylodiastase THÉPÉNIER

Croquer **DEUX COMPRIMÉS** d'Amylodiastase ou prendre deux cuillerées à café de Sirop Amylodiastase après les repas.
Préparation des bouillies : délayer une cuillerée à café de Sirop Amylodiastase dans la bouillie très chaude, mais non bouillante.

Urodonal

Dissout l'Acide Urique

3 cuillerées à café par jour, chacune dans un verre d'eau entre les repas.

Usage continu sans aucun inconvénient

AUCUNE TOXICITÉ — AUCUNE CONTRE-INDICATION

OPOTHÉRAPIE SANGUINE

Globéol

2 Pilules
1 heure avant le repas
2 Pilules
à chaque repas
(8 par jour)
20 jours par mois

RECONSTITUANT ENERGIQUE

car il contient l'Hémoglobine intégrale, les Oxydases, les Catalases et les Diastases antitoxiques du globule rouge et du sérum sanguin a l'état vivant.

Toutes les déchéances de l'Organisme
l'Anémie
la Tuberculose

Échantillons : Laboratoires du Globéol, 207, Boulevard Pereire, Paris.

CHEMINS DE FER D'ORLÉANS

VOYAGES DANS LES PYRENEES

TARIF G. V. nº 105 (ORLÉANS)

La Compagnie d'Orléans délivre toute l'année des Billets d'excursions comportant les trois itinéraires ci-après, permettant de visiter le Centre de la France et les Stations balnéaires des Pyrénées et du Golfe de Gascogne.

1er ITINÉRAIRE. — Prix des billets : 1re cl. 164 fr. 50, 2e cl. 123 francs. — Paris, Bordeaux, Arcachon, Mont-de-Marsan, Tarbes, Bagnères-de-Bigorre, Montréjeau, Bagnères-de-Luchon, Pierrefitte-Nestalas, Pau, Laruns-Eaux-Bonnes, Pau, Puyôo-Bayonne Dax, ou Puyôo-Dax, Bordeaux, Paris.

2e ITINÉRAIRE. — Prix des billets : 1re cl. 163 fr. 50; 2e cl. 122 fr. 50. — Paris, Bordeaux, Arcachon, Mont-de-Marsan, Tarbes, Pierrefitte-Nestalas, Bagnères-de-Bigorre, Bagnères-de-Luchon, Toulouse (1), Paris (viâ Montauban-Cahors-Limoges ou viâ Figeac-Limoges).

3e ITINÉRAIRE. — Prix des billets : 1re cl. 164 fr. 50; 2e cl. 123 francs. — Paris, Bordeaux, Arcachon, Dax, Bayonne-Puyôo-Pau ou Puyôo-Pau, Laruns-Eaux-Bonnes, Pau, Pierrefitte-Nestalas, Bagnères-de-Bigorre, Bagnères-de-Luchon, Toulouse (1), Paris (viâ Montauban-Cahors-Limoges ou viâ Figeac-Limoges).

Durée de validité : 30 jours (non compris le jour du départ) avec faculté de prolongation.

Les billets du parcours additionnel ci-dessus peuvent être demandés, soit au commencement du voyage, en même temps que le billet circulaire, soit à Toulouse-Matabiau, au moment du passage dans cette gare.

Ces billets additionnels n'augmentent pas la durée de validité du billet circulaire auquel ils viennent se souder.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

Relations entre Paris et l'Italie

PAR LE MONT-CENIS

ALLER (départ de Paris) : 2 h. 30 soir, V.-L.; L.-S.; 1re et 2e classes jusqu'à Turin.

ALLER : 10 h. 30 soir, V.-L.; 1re et 2e jusqu'à Rome. L.-S. jusqu'à Modane.

RETOUR (départ de Rome) : 9 h. 15 soir, V.-L.; 1re et 2e classes depuis Turin; L.-S.; 1re classe, depuis Modane.

RETOUR : 8 heures matin, V.-L.; L.-S.; 1re et 2e classes depuis Turin; V.-R. depuis Dijon.

RETOUR : 2 h. 40 soir, 1re et 2e classes depuis Rome.

VARIÉTÉS

L'assistance aux Enfants teigneux

Par les soins du ministre de l'Intérieur, la circulaire suivante a été récemment adressée à tous les préfets des départements de France.

Quel est le meilleur mode d'assistance à employer à l'égard des enfants teigneux? Cette question, qui cause souvent de graves embarras aux municipalités et aux commissions administratives des établissements hospitaliers, est l'objet de la présente circulaire.

I. — Il y a trois maladies du cuir chevelu vulgairement appelées teignes:

1° La *teigne faveuse* ou *favus*, caractérisée par des croûtes sordides, de durée indéfinie, mélangées à des cicatrices;

2° La *teigne tondante*, caractérisée par des tonsures rondes, pelliculeuses, où les cheveux semblent mal rasés;

3° La *pelade*, caractérisée par des plaques tout à fait chauves et blanches.

La pelade ne doit plus être considérée comme une teigne proprement dite, puisqu'il est désormais établi qu'elle n'est ni parasitaire ni contagieuse. Nous n'avons donc à nous occuper ici que de la teigne faveuse ou de la teigne tondante.

II. — Sur le sujet qu'elles ont atteint, ces maladies persistent toujours très longtemps; la *tondante* prend l'enfant à l'école et ne finit par guérir généralement que vers 14 ou 15 ans, quelquefois plus tard; le *favus* non traité ne guérit jamais; il dure autant que la vie du malade et fait de celui-ci un véritable paria.

Pendant toute leur durée, elles sont très contagieuses pour les enfants; les écoles, asiles, orphelinats et toutes agglomérations d'enfants doivent s'en défendre avec le plus grand soin: d'où la nécessité d'isoler les teigneux pour prévenir une funeste dissémination du mal.

III. — Jusqu'en 1904, la guérison de ces maladies exigeait un traitement très minutieux pendant plusieurs années; elle est obtenue aujourd'hui grâce aux rayons X et en un laps de temps compris, selon les cas, entre un mois et demi et trois mois. Le service du traitement des teignes fonctionne notamment à Saint-Louis à Paris. Avant ce traitement, le service, avec 350 lits, guérissait 100 malades par an; il en guérit aujourd'hui 500 avec 100 lits seulement. Paris est aujourd'hui presque totalement débarrassé de ses teigneux, et l'Assistance publique réalise de ce chef une économie annuelle considérable.

IV. — De tels services sont malaisés à organiser; il leur faut, pour être efficaces, des appareils coûteux et un personnel ayant reçu une éducation professionnelle spéciale. L'application des procédés soulève, en effet, des difficultés techniques assez délicates. Bien employé, le traitement est inoffensif, et grâce à lui des milliers d'enfants ont été guéris sans aucun accident depuis 1904; mais entre des mains inhabiles, il peut donner lieu à des brûlures graves, à des cicatrices définitives susceptibles d'engager des responsabilités judiciaires. Ce n'est donc qu'avec circonspection que ces services peuvent être institués dans un établissement hospitalier.

V. — Le service de l'hôpital Saint-Louis est outillé de telle façon et a donné de tels résultats que j'ai pensé qu'il y aurait le plus haut intérêt à ce qu'il pût recevoir les petits teigneux qui lui seraient envoyés par les départements. Dans certains établissements hospitaliers de province, en effet, il existe un quartier de teigneux qui souvent constitue le service le plus déshérité de l'hôpital; les enfants y restent des années; presque partout insuffisamment traités; ils en sortent à l'âge d'homme, sans instruction et sans métier, souvent même non guéris. Et sans doute ils ont été mis ainsi durant cette période dans l'impossibilité de contaminer d'autres enfants, ce qui est déjà un résultat appréciable, mais leur longue hospitalisation a entraîné de lourdes charges pour les collectivités intéressées.

Envoyer ces enfants dans un service comme celui de l'hôpital Saint-Louis d'où, au bout de quelques semaines, ils sortiraient guéris, serait donc une mesure conforme aux intérêts de ces malheureux enfants et constituerait en même temps une sage opération financière

V. — Aussi me suis-je adressé à M. le Préfet de la Seine qui a saisi de la question le Conseil de surveillance de l'Assistance publique de Paris et le Conseil municipal. Ces deux Assemblées ont émis un avis favorable à l'admission à l'hôpital Saint-Louis des enfants teigneux de province. En ce qui concerne le prix de journée, bien que le tarif normal comportât un prix de 4 fr. 70, elles n'ont pas manqué d'apercevoir le haut intérêt national qui s'attache à la prompte et définitive disparition de la teigne en France; ce sont là des considérations dont la ville de Paris s'honore de toujours tenir compte. Aussi, par arrêté de M. le Préfet de la Seine, l'Administration hospitalière est-elle autorisée à recevoir désormais ces jeunes malades moyennant un prix de journée forfaitaire de 3 fr. Le nombre des places pouvant leur être affectées s'élève à 100.

VII. — Ai-je besoin de dire que les dépenses engagées par les départements pour assurer le traitement des enfants teigneux à l'hôpital Saint-Louis ou dans un autre service spécial analogue rentrent essentiellement dans le cadre de la loi de 1893 sur l'assistance médicale gratuite.

VIII. — Un point reste à examiner: ces maladies étant contagieuses, quelles précautions faut-il prendre? Quel moyen simple et sûr faut-il employer pour prévenir toute dissémination du mal durant le voyage? C'est la question que j'ai posée à M. le Dr Sabouraud, chef du service de l'hôpital Saint-Louis, et voici les prescriptions que l'éminent praticien formule à ce sujet:

« Avant le départ, la tête de l'enfant sera badigeonnée avec le liquide suivant:

Teinture d'iode......	5 grammes
Alcool à 80°.........	100 grammes

et recouverte d'un bonnet parfaitement fermé tel que le bonnet à trois pièces (lequel pour les garçons, pourrait être remplacé par le bonnet de coton); ce bonnet ne devra pas être enlevé depuis le départ jusqu'à l'arrivée à l'hôpital.

« Ces précautions, ajoute M. le Dr Sabouraud, me paraissent suffisantes pour prévenir toute contagion en cours de route et toute contamination des wagons. »

IX. — Je vous prie de m'accuser réception de la présente circulaire, de lui donner toute publicité auprès des administrations communales et hospitalières et de veiller à ce qu'elle produise son plein effet. Permettre qu'un enfant teigneux traîne misérablement son mal durant de longues années, qu'il s'étiole dans son pauvre logis ou dans un quartier d'hôpital, ou même qu'il rôde le long des chemins, sans protection et sans soins, loin de l'école pour laquelle il constitue un danger, alors qu'en l'envoyant dans un service hospitalier spécial, notamment à Saint-Louis, on peut désormais, pour une faible somme et dans un très bref délai, assurer sa guérison complète et définitive, ce serait là commettre une négligence vraiment criminelle, et dont je suis assuré que nul en France ne se rendra coupable.

ÉCHOS

Contre la tuberculose chez les soldats.

Depuis longtemps l'Union des Femmes de France (Croix-Rouge française) étudiait le moyen de venir au secours des jeunes soldats qui, placés en situation de réforme temporaire, ne trouvent pas dans leurs familles les soins nécessaires à leur guérison et y colportent les germes de la tuberculose.

Un legs important va lui permettre de réaliser cette belle idée.

S'entourant des conseils les plus autorisés, l'Union des Femmes de France a fait appel à la plupart des hommes éminents qui se sont occupés de cette grave question: les sénateurs Léon Bourgeois, Strauss, docteur Léon Labbé, Gervais; les docteurs Landouzy, doyen de la Faculté; Roux, directeur de l'Institut Pasteur, les professeurs Reclus, Letulle, Robin, Calmette, de Lille; les docteurs Faisans, Rénon, Marcel Labbé, Bouloumié, secrétaire général; le docteur Vuillet a été désigné comme secrétaire. La première réunion a eu lieu il y a quelques jours Chaussée-d'Antin, et les bases de l'organisation nouvelle ont été jetées.

Pour les blessés militaires.

S. M. l'Impératrice douairière Maria Féodorovna a constitué un fonds inaliénable de 100.000 roubles, dont le revenu est destiné à récompenser les inventeurs des meilleurs procédés d'évacuation des blessés du champ de bataille sur les hôpitaux de l'arrière des armées.

Un concours est ouvert à cet effet pour le 1er mai 1912, à Washington, où se tiendra la prochaine conférence internationale de la Croix-Rouge.

Inconvénients de l'alcool dénaturé employé pour la désinfection cutanée.

Depuis plusieurs années, M. Walther Nic. Clemm avait l'habitude de se servir d'alcool dénaturé pour désinfecter la peau avant de pratiquer les injections hypodermiques ou intra-musculaires. Or, dernièrement, il lui est arrivé de voir, à deux reprises, se développer un abcès, stérile il est vrai, à la suite d'une injection de morphine. M. le professeur Kobert, de Rostockv, interrogé sur les causes possibles de ces abcès, répondit que, à son avis, les bases pyridiques employées pour la dénaturation de l'alcool avaient la propriété de provoquer une inflammation aseptique: il suffisait que l'aiguille en piquant la peau entraînât dans la profondeur une certaine quantité de ces corps pyridiques pour qu'un abcès pût prendre naissance.

XXIIe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. (Tunis, 1er-7 avril 1912.)

Le XXIIe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française se tiendra à Tunis en 1912, la semaine précédant Pâques, du 1er au 7 avril.

Bureau du Congrès. — Président: M. le docteur Mabille (de La Rochelle); vice-président: M. le docteur Arnaud (de Vanves); secrétaire général: M. le docteur Porot (de Tunis).

Travaux scientifiques. — I. *Rapports* sur les questions à l'ordre du jour:

a) « Les perversions instinctives. » (Rapporteur: M. Dupré, professeur agrégé, Paris.)

b) « Les troubles nerveux et mentaux du paludisme. » (Rapporteur: M. le docteur Chavigny, professeur au Val-de-Grâce.)

c) « L'assistance des aliénés aux colonies ». (Rapporteur général: M. le professeur Régis (de Bordeaux); rapporteur: M. Rehoul.)

II. *Communications* originales sur des sujets de neurologie et de psychiatrie.

Renseignements généraux. — Le Congrès comprend: 1° des Membres adhérents; 2° des membres associés (dames, membres de la famille, étudiants en médecine) présentés par un membre adhérent.

Les asiles d'aliénés inscrits au Congrès sont considérés comme membres adhérents.

Le prix de la cotisation est de 20 francs pour les membres adhérents et de 10 francs pour les membres associés.

Les membres adhérents recevront, avant l'ouverture du Congrès, les rapports, et, après le Congrès, le volume des comptes rendus.

Les médecins de toutes nationalités peuvent adhérer à ce Congrès, mais les communications et discussions ne peuvent être faites qu'en langue française.

Voyages et Excursions. — Le séjour en Tunisie permettra aux congressistes de visiter, outre les villes orientales de Tunis et Kairouan, les antiquités de l'Afrique romaine ainsi que le Sud tunisien et ses oasis.

Première partie. — Tunis et ses environs (cinq jours): réunions scientifiques, visites aux établissements d'assistance, visite de la ville arabe, des souks, Carthage, le Bardo et son musée.

Deuxième partie. — Excursions dans le Centre et le Sud tunisien (deux on cinq jours).

Petite excursion (deux jours): Kairouan, la ville sainte.

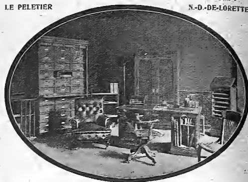
Grande excursion (cinq jours): Kairouan, Sousse, El-Djem, Sfax, Gabès et son oasis.

Prière d'adresser les adhésions et cotisations et toutes communications et demandes de renseignements au docteur Porot, 5, rue d'Italie, à Tunis.

L'exercice illégal dans les journaux de modes.

Découpé cette perle dans un des journaux de modes les plus répandus:

« A la lectrice qui demandait un remède pour sa fillette tuberculeuse. J'ai vu des gens arrivés au dernier degré de tuberculose radicalement guéris par le simple moyen de leur faire manger trois ou quatre fois un petit chien nouveau-né et boire du lait d'ânesse. On peut cacher que c'est un chien pour ne pas dégoûter la personne. »



82e Année (Série XIIIe) — N° 126 | Le Numéro 25 Centimes | Mercredi 27 Décembre 1911

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
9, rue Denis-Poisson, PARIS
TÉLÉPHONE : 573-40

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale........ 15 fr.
Edition Espagnole .... 10 fr.
Edition Portugaise.... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

ÉCHOS

A nos Abonnés.

Nous prions nos abonnés résidant à l'étranger de bien vouloir nous faire parvenir, à la réception de ce numéro, le montant de leur abonnement pour l'année 1912, soit 15 francs.

Nous prions ceux de nos abonnés résidant en France, de bien vouloir réserver bon accueil à la quittance d'abonnement que nous mettons en recouvrement, ceci pour éviter toute interruption dans le service du journal.

Société d'Hydrologie.

Voici la composition du nouveau Bureau. — Président : M. Albert Robin; Secrétaire général : M. Aug. Boursier; Secrétaire général adjoint : M. Bardet; Trésorier : M. Binet; Secrétaires des séances : MM. Forge et Saignat; Vice-Présidents : MM. Durand-Fardel, Guiter, Herand et Moncorge; Assesseurs : MM. Forestier, Peyrot, Chatin, Piatot, de Torres, Victor Gardette, Lalesque, Bernard.

Nous sommes heureux de voir que tous les confrères nommés au Bureau sont tous des amis et des collaborateurs de la *Gazette*. Nos cordiales félicitations.

Le professeur O. Lannelongue.

Le professeur Odelon-Marc Lannelongue qui succombait ces jours derniers, à Paris, à l'âge de 71 ans laisse dans le monde médical d'unanimes regrets. Originaire de Castera Verduzan (Gers), l'éminent maître dont nous eûmes naguère l'honneur d'être l'élève, avait conservé pour sa petite patrie une sincère affection qui se traduisait par des manifestations effectives.

On sait que M. Lannelongue, avait entrepris de doter son pays d'un musée renfermant les reproductions fidèles des principaux chefs-d'œuvre de l'art de tous les temps et de tous les pays. La mort lui aura enlevé la satisfaction d'assister à la réalisation définitive de son projet.

Chirurgien éminent, le professeur Lannelongue, qui laisse d'unanimes regrets, était membre de l'Académie des sciences et président en exercice de l'Académie de médecine.

Mutations dans les hôpitaux de Paris

Chirurgiens. — MM. les docteurs Potherat passe de Broussais à l'Hôtel-Dieu (service Guinard), Auvray, de la Maison de santé à Broussais; Ouénu; de Saint-Louis à la Maison de santé; Lenormand, chirurgien des hôpitaux, est nommé à Saint-Louis (service d'enfants); Demoulin passe de la Charité à Boucicaut (service Nélaton); Souligoux, de Tenon à la Charité; Robineau, d'Ivry à Tenon (gynécologie); Gosset, chirurgien des hôpitaux, est nommé à Ivry; Thiéry passe de Tenon à la Pitié (troisième service); Riche, de Bicêtre à Tenon; Duval, chirurgien des hôpitaux, est nommé à Bicêtre.

Médecins. — MM. les docteurs Œttinger passe de Broussais à Cochin (service Chauffard); Dufour, de la Maternité à Broussais; Garnier, médecin des hôpitaux, est nommé à la Maternité; Morel-Lavallée passe de Lariboisière à Sainte-Périne; Florand passe de Tenon à Lariboisière; Lesné, du bastion 29 à Tenon; Papillon, de Sainte Périne au bastion 29; Gaudy, médecin des hôpitaux, est nommé à Debrousse (service Griffon); M. Milian prend le service des tuberculeux à l'hôpital Cochin.

Un don à la Faculté de Médecine de Paris.

Le conseil de la Faculté vient d'accepter un don manuel anonyme de 100.000 francs fait à son doyen.

Le donateur est un confrère qui veut garder l'anonymat absolu.

Le bienfaiteur s'en remet au doyen pour les détails d'exécution de ses désirs. Les arrérages des 100.000 francs, placés en rente sur l'Etat 3 0/0, seront répartis au mieux des intérêts des étudiants de la Faculté de Médecine de l'Université de Paris

La répartition se fera chaque année, totale ou divisée, suivant les candidatures :

D'étudiants distingués par leur dévouement aux malades (accidents professionnels, épidémies, missions, etc.), ou à la médecine (invention d'appareils, découvertes, invention de méthodes de clinique ou de laboratoire); d'étudiants sans fortune et méritants, à qui seraient allouées des bourses en vue d'acquitter les frais d'inscriptions, d'examens ou de thèses; d'impression de mémoires; d'instruments, d'appareils, d'ouvrages, d'animaux pour expériences à entreprendre ou à continuer; de voyages d'éducation scientifique en France et à l'étranger.

Les habitations à bon marché.

Le projet de loi destiné à favoriser la création d'habitations à bon marché pour remédier au renchérissement des loyers vient d'être distribué à la Chambre.

Les avantages concédés aux Sociétés qui créent des habitations à bon marché s'appliqueront aux maisons destinées au logement collectif, lorsque la valeur locative réelle de chaque habitation ne dépasse pas certains maxima, qui seront à Paris : 600 francs pour des logements de trois chambres, une cuisine et des water-closets; 500 francs pour des logements de deux pièces, cuisine et water-closets; 350 francs pour un logement d'une pièce et d'une cuisine; 200 francs pour un logement d'une chambre.

Les communes pourront, par décrets en Conseil d'Etat, être autorisées à créer des immeubles destinés à des logements hygiéniques à bon marché, notamment « quand des opérations de voirie feront disparaître un nombre important de logements d'un loyer inférieur au maximum prévu pour les logements à bon marché, ou quand il sera reconnu que l'élévation des loyers amène un surpeuplement des habitations préjudiciable à la santé publique ».

Nouvelles dispositions concernant les produits pharmaceutiques à Porto-Rico

Chaque bouteille ou autre récipient ou paquet contenant des produits pharmaceutiques, quelle que soit leur espèce ou leur nature, fabriqués à Porto-Rico, ou apportés ou importés dans cette île, et dans la composition desquels entrent des spiritueux (à l'exception, toutefois, des vins fermentés et des boissons alcooliques) devront porter une étiquette fixe où se trouve consigné spécialement et distinctement le contenu en alcool, par volume, desdits produits. Les préparations pharmaceutiques importées à Porto-Rico devront porter cette étiquette fixe avant leur dédouanement. Toute personne, apportant avec elle ou important à Porto-Rico un produit pharmaceutique non muni d'une étiquette, conformément aux dispositions sus-mentionnées, ou un produit pharmaceutique, dont le contenu en alcool est déclaré sous un chiffre faux ou inexact, sera passible d'une amende qui ne pourra être supérieure à 500 dollars, ou d'un emprisonnement qui ne pourra dépasser une durée de six mois, ou de ces deux peines cumulativement, à la discrétion de la Cour. En conséquence, la marchandise précitée sera saisie par le trésorier de Porto-Rico, confisquée par lui et vendue au profit de Porto-Rico.

Une Croisade pour la Vaccination préventive CONTRE LA FIÈVRE TYPHOIDE

Par M. le Dr CHANTEMESSE
Professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine de Paris

Tout dernièrement M. Vincent et moi-même, avons fait connaître les résultats obtenus par la vaccination anti-typhoïde appliquée à quelques troupes de la région algéro-marocaine. Ces résultats ont été très favorables, soit qu'on les envisage dans la statistique générale des cas de fièvre typhoïde chez les vaccinés et chez les non-vaccinés, soit qu'on les considère dans des localités limitées, où la comparaison est facile entre les soldats immunisés et les autres soumis aux mêmes conditions hygiéniques. Je rappelle le cas de la 4e compagnie du 2e régiment de zouaves, à Oudjda, où les vaccinés sont restés indemnes et où les non vaccinés ont livré un cinquième de leur effectif à la maladie.

Dans cette immunisation préventive, au Maroc, 4 sortes de vaccins préparés par des procédés variés ont été utilisés. Celui préparé suivant les indications de Wright a servi le plus souvent (129 soldats). Les trois autres variétés ont été injectées chacune à 75 soldats environ ; les deux premières préparées par M. Vincent, la troisième par moi-même à l'aide d'un procédé différent. La vaccination terminée, tous ces vaccins se sont montrés de valeur égale, quant à leur efficacité préventive, autant qu'on puisse en juger du moins après un nombre de vaccinations aussi limité.

Mais, dira-t-on, on parle de multiples vaccins anti-thypiques : vaccin de M. X..., de M. Y..., de M. Z..., etc., en attendant les nouveaux. Il y a donc beaucoup de vaccins de cette nature? Non. C'est toujours le même vaccin, dont la découverte et l'efficacité ont été établies expérimentalement par M. Vidal et moi, au laboratoire du professeur Cornil, il y a 23 ans.

Il est constitué, comme on sait, par la toxine contenue dans le corps des bacilles typhiques morts. A ce vaccin primitif nécessaire et suffisant divers auteurs ont fait subir un bout de toilette antiseptique : l'un avant de chauffer a ajouté un peu de lysol, l'autre du crésol, celui-ci du formol, etc.

Avec la toxine typhique contenue dans les microbes et la gamme des antiseptiques divers, que de découvertes de vaccins nouveaux sont à faire, qui peut-être, ne seront ni meilleurs ni plus mauvais que d'autres! Reste à savoir si cette addition d'antiseptique pour fabriquer le vaccin est d'une utilité quelconque, si elle accroît l'efficacité du remède, si elle prolonge la durée de l'immunisation. Or, dans cette voie de la démonstration, rien n'a été fait encore ; rien n'est venu étayer une gratuite hypothèse.

A mon sens, le vaccin anti-typhique tiré du microbe, doit posséder deux qualités, l'une essentielle, l'autre importante. La première est de ne contenir jamais de microbes vivants, c'est-à-dire d'être à l'abri de la suspicion de pouvoir transmettre la fièvre typhoïde, ne fût-ce qu'une fois sur mille ou sur dix mille. La seconde est de n'exiger qu'un mode de préparation facile, sûr, indépendant pour ainsi dire de l'habileté du préparateur. Or, le chauffage à un degré thermométrique précis, qui tue le microbe sans détruire la toxine, voilà, ce me semble, le seul mode opératoire qui met à l'abri de toute surprise. Il y a 23 ans, avec M. Vidal, et pour préparer le vaccin, j'avais chauffé la culture ; plus tard Pfeiffer et Kolle d'une part, Wright de l'autre ont stérilisé à une température moindre ; aujourd'hui les médecins de l'armée américaine chauffent moins encore. Ils poussent la température juste assez haut pour détruire la vitalité du bacille. Dans un bain-marie à 56° ils chauffent la culture pure de bacille typhique, en l'agitant, mais ils se gardent d'y mêler auparavant aucun antiseptique, aucun microbe polyvalent.

Les résultats obtenus avec leur préparation de vaccin sont-ils satisfaisants? On ne peut méconnaître qu'ils soient prodigieux. Pour s'en convaincre, il suffit de consulter sur ce point les hommes qui ont pris la peine d'aller étudier leur méthode sur place, tel l'éminent directeur du service de santé de l'armée, M. le médecin inspecteur général Février, qui a tant fait pour doter l'armée de cette prophylaxie anti-typhoïde.

Permettez-moi de vous exposer quelques-uns des renseignements que contiennent les récentes publications américaines. J'ai besoin de vous les faire connaître pour vous présenter ma thèse, pour soutenir la nécessité d'entreprendre une croisade en France en faveur de la vaccination préventive contre la fièvre typhoïde.

Aux Etats-Unis, pendant les 18 derniers mois, plus de 43.000 soldats ont été vaccinés contre cette maladie. Les femmes des officiers et des médecins militaires, leurs enfants, ont donné l'exemple de se soumettre à cette immunisation. Les résultats immédiats de cette pratique ont été ceux-ci : localement l'apparition d'une aréole rouge et un peu douloureuse, dissipée en un ou deux jours. La réaction générale des patients, quand elle a existé, a consisté en du malaise et quelquefois de la fièvre. Elle a été nulle chez les vaccinés dans les deux tiers des cas, faible dans un quart des cas, modérée dans un pour cent, sévère une fois sur mille. En résumé, les réactions de cette vaccination ont été si minimes que les Américains ne s'en préoccupent pas plus aujourd'hui que de celle provoquée par le vaccin jennérien.

Combien les 45.000 soldats américains vaccinés depuis 1909 ont-ils fourni de cas de fièvre typhoïde jusqu'ici? Onze cas qui ont tous guéri. La maladie a éclaté : deux fois cinq jours après la dernière dose de vaccin, deux fois un mois après, trois fois quatre mois plus tard, et deux fois enfin neuf mois après la terminaison de la vaccination.

Mais l'exemple le plus typique des résultats a été donné, au début de l'année 1911, par le fait de la mobilisation d'une division du Texas, nécessitée par les troubles survenus au Mexique. En mars 1911, un ordre du secrétaire de la Guerre à Washington ordonna l'immunisation anti-typhoïde de toutes les troupes de cette division. Elle fut pratiquée à San Antonio, chez ceux des soldats qui ne l'avaient pas encore reçue.

Extraordinaire et presque incroyable fut l'efficacité de cette vaccination. Qu'on en juge : Parmi les 15.000 soldats vaccinés dans l'armée du Texas et à la frontière mexicaine, on ne compta dans les 4 mois qui suivirent et malgré la fatigue des manœuvres, que deux cas de fièvre typhoïde terminés par la guérison.

Chose non moins remarquable, le premier cas frappa un civil attaché à l'armée, mais qui n'avait pas été vacciné, et le second cas atteignit un soldat qui n'avait reçu que deux doses de vaccin au lieu de trois. Tout le reste de la petite armée sans prendre de précautions spéciales resta indemne de fièvre typhoïde.

Qui pourrait mieux que cet exemple démontrer l'efficacité d'un vaccin formé d'une culture pure de bacille typhique, simplement chauffée, sans addition de quoique ce soit, avant le chauffage? Trois inoculations sont faites avec des bacilles morts ; la première en contenant 500 millions et les deux autres faites à 10 jours d'intervalle, chacune un milliard. Dès lors s'explique la conviction du chirurgien général de l'armée des Etats-Unis déclarant d'après son expérience que la vaccination anti-typhoïde est aussi efficace que la vaccination anti-variolique, qu'elle est plus facile à exécuter et qu'elle offre même moins d'inconvénients que la pratique jennérienne. C'est pourquoi cette prophylaxie anti-typhoïde n'est plus chose facultative aux Etats-Unis ; elle est devenue obligatoire pour toute l'armée. A leur arrivée au corps et sans autre forme de procès, les nouvelles recrues sont vaccinées, le même jour, au bras droit avec le vaccin anti-typhoïde et au bras gauche avec le vaccin jennérien. Et les vaccinés ne cessent même pas leur service. Trois mille hommes sont vaccinés chaque mois.

Voici les faits. Ajoutés à ceux que nous connaissons au sujet des troupes coloniales d'Allemagne et surtout d'Angleterre, et de quelques centaines de soldats français du Maroc, ils nous permettent de dire que le bénéfice de cette vaccination, qui dans le monde entier a été accordé déjà à 200.000 militaires, ne doit pas être refusé à la population civile. Vous savez ce que la terrible fièvre typhoïde coûte à notre pays ; plus de trente mille cas de maladie chaque année, et combien de milliers de morts! En cas de guerre, elle serait une pourvoyeuse de victimes, plus puissante que le champ de bataille. Dès lors, pourquoi ne pas faire en France, pour la prophylaxie de la fièvre typhoïde ce qu'on fait pour la prophylaxie de la variole? L'opinion publique n'est pas encore faite à cette idée, eh bien, il appartient à l'autorité de l'Académie de Médecine d'aider à faire cette conviction.

Ce sera l'honneur du ministre de la Guerre, M. Messimy d'avoir le premier implanté la vaccination contre la fièvre typhoïde parmi les troupes françaises du Maroc, de la Tunisie et de l'Algérie. Mais il n'est point nécessaire d'attendre que les jeunes gens aient rejoint le régiment pour les vacciner. Il faut entreprendre une campagne pour propager cette vaccination dans toute la population au-dessous de 35 ans. C'est vers la 20e année et parmi les plus robustes, que la fièvre typhoïde frappe et fauche, à l'époque, disait Brouardel, où l'on a beaucoup coûté et où l'on n'a encore rien rapporté. Ces jeunes gens, ces femmes, ces enfants peuvent être immunisés à la condition d'être bien portants, sans inconvénients sérieux. Comment hésiter à le faire?

Depuis six mois, j'ai installé dans mon

service de l'Hôtel-Dieu, avec mon collaborateur le docteur Rodriguez. la pratique de la vaccination anti-typhoïde : internes, externes. stagiaires, étudiants. infirmiers. infirmières. etc., ont tenu à se faire vacciner. A Rouen. le professeur Guerbet, le premier français vacciné par moi il y a 12 ans. a organisé lui-même un service de vaccination gratuite. D'autres suivront cet exemple.

J'espère que sous la haute égide de l'Académie qui a déjà émis un vote favorable, la croisade pour la vaccination contre la fièvre typhoïde pourra s'organiser et s'étendre, largement.

REVUE DE PEDIATRIE

Etude clinique de l'hypo-alimentation chez le nourrisson.

En matière d'élevage des nourrissons, tout le monde est aujourd'hui d'accord sur l'importance qu'il y a à régler soigneusement la ration alimentaire. Cependant, s'il est important de prendre des précautions vis-à-vis de la suralimentation il faut aussi se défier de la pratique inverse, de l'hypo-alimentation. Celle-ci, qui a surtout été étudiée jusqu'ici par M. Variot, détermine chez le nourrisson des accidents non moins graves et de nature comparable. Ils se présentent avec une intensité variable.

A un premier degré, l'hypo-alimentation détermine exclusivement l'arrêt de la croissance. On a alors affaire à des enfants amaigris, « déshydratés », criant nuit et jour, portant les doigts à leur bouche comme s'ils étaient affamés. Le poids et la taille de ces enfants, enfin, ne sont point normaux.

A un degré plus avancé, l'hypo-alimentation se traduit par un arrêt de la croissance, suivi de troubles gastro-intestinaux. L'hypotrophie apparaît et s'accompagne de troubles intestinaux (fausse constipation avec selles brunâtres, glaireuses. peu abondantes, ou parfois des crises diarrhéiques) et des troubles dyspeptiques qui se traduisent par des vomissements. si bien que souvent le médecin songe à de la suralimentation. il est vrai que dans ces derniers cas, si l'on diminue la ration alimentaire, les vomissements s'accentuent et l'état général s'aggrave. tandis que le poids se relève, que l'état général s'améliore et que tous les troubles gastro-intestinaux disparaissent vite si l'on augmente l'alimentation de l'enfant.

Dans certains cas. enfin, le diagnostic est peu aisé à établir. On voit en effet chez certains enfants hypo-alimentés, les vomissements persister pendant des semaines et même pendant des mois, alors même que l'on a relevé la ration alimentaire. En pareil cas, ce qui permet de reconnaître le cas auquel on a affaire, c'est que ces vomissements n'empêchent point l'état général de demeurer bon et la courbe du poids de l'enfant de se relever régulièrement.

Dans certains cas où l'hypo-alimentation a été prolongée, on constate parmi les troubles que présente le nourrisson un degré plus ou moins prononcé d'ectasie abdominale que l'on est tenté d'attribuer à la suralimentation et qu'il faut en réalité rapporter à de l'aérophagie très fréquente chez ces sujets.

Pour se guider, quand il se trouve en présence d'enfants présentant les symptômes que nous venons de passer en revue. le médecin doit surtout s'appuyer sur le contrôle de la balance. C'est en pesant les tétées qu'il sait exactement si la ration est suffisante. Par les pesées, il sait rapidement s'il s'agit ou non d'accidents de suralimentation. S'il a bien affaire à un hypo-alimenté, il devra établir la ration d'hypo-alimentation d'après les données suivantes qu'imposent la pratique et la clinique. Durant les premiers mois. cette ration devra être de 1/6 du poids de l'enfant, de 1/7 pendant les trois mois suivants et de 1/8 après. S'il s'agit d'un enfant débile, la ration pourra être élevée à 1/5 et même à 1/4 de son poids.

Dans le cas d'enfants élevés au biberon. on se trouvera bien de couper le lait avec une solution de citrate de soude qui favorise la digestibilité. Sous l'influence de ce traitement, quand il s'agit d'enfants hypo-alimentés, l'amélioration est rapide. Un accroissement de poids considérable se manifeste durant les premiers jours (plus de 100 gr. par jour durant les 3 premiers) et l'on voit vite disparaître les troubles gastro-intestinaux. Seuls les vomissements peuvent ne pas cesser, mais sans que pour cela s'interrompe l'accroissement pondéral journalier de l'enfant.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

Un cas de 10e grossesse dans un utérus double avec vagin séparé.

Le Dr Emelianoff publie, dans le *Journal d'obstétrique et de gynécologie de St-Pétersbourg*. l'observation d'une femme de 45 ans. mariée à 16 ans.

Les 9 accouchements précédents se sont bien terminés : 5 enfants sont vivants et les autres sont morts en bas âge. Lorsque la malade vint consulter. elle ne soupçonnait aucune malformation. Le vagin gauche est plus large que le droit. celui-ci permet difficilement l'entrée du doigt. Une cloison de consistance cartilagineuse couverte de cicatrices sépare les 2 vagins. Le fœtus se trouvait dans l'utérus gauche ; l'utérus droit, peu perceptible pendant la grossesse. se trouva être après l'accouchement de la grosseur d'une noix. Le premier accouchement eut lieu sans complications.

Notons que pendant la grossesse qui évoluait dans l'utérus gauche, la femme avait ses règles, en petite quantité il est vrai, qui s'écoulaient de l'utérus droit.

REVUE DE PHYSIOLOGIE

De la méthode anaphylactique pour l'identification des taches de sperme, par Henri VERGER.

Dans une note à la Société de Biologie (1), MM. Jean Minet et Jules Leclerc (de Lille) montraient que des cobayes préparés par injection sous-cutanée ou intra-cardiaque de sperme humain réagissaient à une nouvelle injection par des phénomènes anaphylactiques : toux. dyspnée, hypothermie. convulsions, mort même, avec la dose déchaînante optima de 1 cent. cube de sperme frais. Les mêmes cobayes ne réagissaient ni aux extraits testiculaires d'autres animaux, ni au sérum humain. Cette spécificité absolue vis-à-vis des autres albumines d'origine humaine fut du reste contestée par M. Balthazar au premier Congrès de médecine légale.

L'importance pratique de ces faits étant considérable, nous avons cherché à les vérifier en modifiant légèrement la technique donnée par les initiateurs de la méthode pour la pratique médico-légale. Ceux-ci, en effet. conseillaient de préparer les cobayes à l'aide d'une macération de la tache suspecte et, après vingt jours, de faire l'injection d'essai avec du sperme humain frais, pratique qui, outre la difficulté de se procurer du sperme frais d'une façon habituelle. avait l'inconvénient d'allonger notablement les recherches.

Nous avons donc renversé les termes en préparant les cobayes à l'avance avec du sperme frais et avec des macérations de taches de sperme dans l'eau distillée. Nous avons observé d'abord que ce deuxième procédé plus facile réussissait aussi bien que le premier, même avec des taches anciennes de plusieurs mois. Nous avons ainsi traité neuf cobayes en employant la macération de taches de 10 centimètres carrés environ, dans 4 ou 5 centimètres cubes d'eau, et en injectant par voie intra-péritonéale. intra-cardiaque ou intra-cérébrale 2 centimètres cubes. La voie d'introduction nous a paru indifférente. L'injection déchaînante a été pratiquée ensuite dans un temps variant de un à quatre mois après l'injection préparante. avec la même technique quant à la préparation de la tache et par la voie intra-cardiaque conseillée par les auteurs lillois. Sur ces 9 cobayes ainsi traités, deux n'ont présenté que des réactions très légères consistant en quelques accès de toux. un peu d'agitation : trois ont eu, après quelques minutes. des convulsions avec abaissement de température au-dessous de 38 degrés. mais ont survécu après une période d'abattement avec parésie de une à deux heures : quatre au contraire ont présenté presque aussitôt l'injection des convulsions violentes et sont morts en quelques minutes. L'autopsie dans ce dernier cas permit d'éliminer l'hypothèse de mort par hémorrhagie interne.

Les résultats de nos expériences montrent qu'on peut obvier aux inconvénients que nous avons signalés de la méthode de MM. Minet et Leclerc. Par contre, les réactions d'inégale intensité et seulement probantes dans les deux tiers des cas environ, indiquent en pratique la nécessité d'utiliser un certain nombre de cobayes préparés pour l'examen d'une tache suspecte. Dans tous les cas. nos résultats actuels. s'ils contribuent à montrer l'utilité de cette méthode de recherches au moins en tant que susceptible de fournir des présomptions pouvant précéder d'autres épreuves plus sûres, ne suffisent évidemment pas à garantir sa spécificité absolue. Dans ce but, nous nous proposons de rechercher les réactions des cobayes préparés avec les taches de sperme, aux diverses matières dont les taches peuvent donner lieu à confusion.

(1) *Comptes rendus*, séance du 1er avril 1911.

CARNET DU PRATICIEN

Formule de l'oreille, au début

Introduire dans l'oreille une mèche de coton en duite de la préparation suivante :

Huile de vaseline	25 gr.
Glycérine	25 gr.
Menthol	2.50
Sinesthesine	0.50

Vomissements de la grossesse

Adrénaline à 1/1.000me. .... 10 gr.

X gouttes deux fois par jour.

(REBAUDI)

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 17.500 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 35, rue J.-J. Rousseau

Le Gérant : Docteur LUCIEN GRAUX.

TABLE DES MATIÈRES

VILLES DE SAISON

CE QUI SE PASSE

Le Congrès des villes d'eaux, bains de mer et stations climatiques.

Le Congrès, organisé par les soins du journal quotidien *Excelsior*, qui vient de se tenir au théâtre « Fémina », a voté les vœux suivants :

Sur la proposition de M. Hennequin : Le Congrès émet le vœu que l'administration des Domaines pourvoie à l'entretien des plages avec le produit de la location du terrain ou tout au moins aux municipalités pour l'entretien d'agents de police, surveillants de bains, etc...

Sur la proposition de M. Bureau : Le Congrès émet le vœu, qu'en cas de conflit entre le commissaire spécial et la direction d'un établissement de jeux, deux délégués, désignés par le Conseil municipal, lui soient adjoints, ainsi que deux autres délégués nommés par le préfet, aux fins d'enquête sur les faits incriminés, afin que la Sûreté générale (ou le pouvoir central) puisse solutionner le différend avec une péremptoire impartialité.

Sur la proposition de M. Renaud : Le Congrès émet le vœu que les Compagnies de Chemins de fer secondaires veuillent bien étudier et mettre en vigueur, d'accord avec les grandes Compagnies, le service des « bagages non accompagnés ».

Sur la proposition de M. Dorvault : Le Congrès émet le vœu que les Compagnies des Chemins de fer examinent avec une toute particulière bienveillance les desiderata qui ont pour objet l'amélioration des communications avec les stations thermales et balnéaires, notamment les modifications d'horaires, les suppressions de battement, les voitures directes, les express, le confortable du matériel, la réduction du tarif pour les villes d'eaux et qu'elles s'efforcent dans la plus large mesure possible de donner satisfaction aux intéressés.

Sur la proposition de M. Leroy : Le Congrès émet le vœu qu'il soit établi dans toute l'Algérie des billets d'aller et retour d'un point quelconque des lignes de chemins de fer dans les deux sens; qu'il soit adopté, comme sur la métropole, le principe des billets circulaires à itinéraires fixes et facultatifs; que l'Office national du Tourisme et le Touring Club donnent au Congrès dans l'accomplissement de ce vœu l'appui de leur autorité.

Sur la proposition de M. Manceaux : Le Congrès émet le vœu que le Touring Club de France demande aux Grandes Compagnies d'émettre pendant les périodes du 1er mai au 14 juillet et du 1er septembre au 15 octobre des billets du tarif G. V. 105, sans minimum, pour les stations thermales, aller et retour, en ligne directe, établis avec un seul coupon de parcours par réseau.

Sur la question de l'application de la taxe de séjour,

Le Congrès a émis le vœu :

a) Qu'il est désirable que le Conseil d'Etat, interprétant à nouveau la loi de 1910, décide qu'une station thermale s'étendant sur plusieurs communes ne pourra demander l'application de la loi sur la taxe de séjour, qu'après l'érection de ces communes en syndicats, conformément à la loi de 1890, et indique quelle sera alors la composition de la chambre d'industrie thermale;

b) Que dans une même région les stations thermales et climatiques s'entendent pour unifier leur taxe.

Que le montant de la taxe soit au début suffisamment modéré pour ne pas provoquer de justes réclamations de la part des assujettis.

Qu'il soit prévu des taxes à la journée, à la semaine ou à la saison (quatre semaines, conformément à la loi).

Que la responsabilité des hôteliers et logeurs soit dégagée du seul fait d'avoir prévenu en temps utile le maire ou son représentant du refus de paiement de l'assujetti (modification à l'article 2 du règlement).

Qu'un tant pour cent (5 0/0 par exemple) sur le montant de ses perceptions soit attribué à l'hôtelier ou au logeur pour l'indemniser des frais et déchets occasionnés par cette perception.

Que sur la demande des propriétaires d'appartements ou villas la taxe puisse être perçue directement par les receveurs municipaux.

En ce qui concerne les attributions des ressources du jeu,

Le Congrès a émis le vœu :

Que sur le prélèvement de 15 0/0 effectué par l'Etat sur le produit des jeux et destiné à être distribué par une commission spéciale au ministère de l'Intérieur au profit d'œuvres d'assistance, de prévoyance, d'hygiène et d'utilité publique, une proportion de 50 0/0 soit réservée en faveur des travaux d'assainissement ou d'embellissement dans les stations balnéaires, thermales ou climatiques.

Relativement à la publicité du Commerce et Office central des Villes d'eaux, le Congrès a émis le vœu que soit étudiée, par une commission composée de quelques personnes compétentes et de bonne volonté, la réalisation pratique d'un organisme central, émanation de tous les intérêts thermaux, balnéaires et climatiques, qui aurait pour mission :

1° D'étudier un programme de propagande en commun en faveur de toutes les stations françaises en général : propagande par la publicité scientifique, artistique, littéraire; propagande par les conférences scientifiques, artistiques et littéraires; propagande par la publicité persuasive et intensive de toute nature et, en général tous moyens propres à consacrer la suprématie de nos stations françaises.

2° De rechercher les ressources financières et d'assurer la réalisation économique, régulière et continue de cette campagne de publicité.

Que le groupe parlementaire des stations thermales, balnéaires et climatiques s'efforce d'obtenir du ministère des Finances l'attribution d'une somme élevée qui chaque année, serait prélevée sur la part de l'Etat et dans les bénéfices des jeux, en faveur de cette œuvre éminemment d'intérêt public : la propagande en faveur de l'industrie nationale des stations thermales, balnéaires et climatiques.

La question de l'enseignement de l'hydrologie et de la climatologie a été l'objet des vœux suivants :

Sur la proposition de M. le professeur Albert Robm, le Congrès, considérant que l'éducation du médecin au point de vue hydrologique et climatologique est aussi nécessaire en France qu'à l'étranger, d'une part, et que, d'autre part, la création d'un centre scientifique de recherches est nécessaire pour le progrès de nos stations, émet les vœux suivants :

« 1° En remerciant MM. les membres du groupe interparlementaire des stations françaises de leur sollicitude, le Congrès appelle respectueusement leur attention et celle des pouvoirs publics sur la nécessité et l'urgence de la création de l'enseignement de l'hydrologie dans les Facultés de Médecine et en premier lieu à Paris.

« 2° Le Congrès demande que la création d'un Institut central d'hydrologie et de climatologie destiné à devenir le *milieu thermal* et nécessaire à tous les intéressés soit possible à bref délai, et il appelle sur ce point l'attention de toutes les personnes et de tous les groupements qui ont intérêt à collaborer à cette initiative. »

Sur la proposition de Mme Barraute du Plessis, le Congrès émet le vœu qu'une Fédération thermale soit instituée dans le but d'administrer l'Institut d'hydrologie et ses annexes, et qu'une commission d'examen soit aussitôt nommée pour élaborer les statuts de cette Fédération.

Que cette commission soit composée d'un président et de deux membres de chacune des corporations appelées à en faire partie.

Sur la proposition de M. le Dr Nivière, le Congrès émet le vœu que l'enseignement clinique de l'hydrologie soit institué dès le prochain semestre d'été dans toutes les Facultés et Ecoles de Médecine de France.

Que cet enseignement soit obligatoire et sanctionné par un examen également obligatoire.

Et que l'assistance aux indigents dans les stations hydrominérales soit organisée de telle sorte qu'elle fasse bénéficier les pauvres d'un traitement réservé jusqu'ici dans beaucoup de départements aux seuls malades riches et assure largement l'enseignement clinique de l'hydrologie.

Enfin, les divers vœux suivants ont aussi été votés :

Sur les propositions de M. le Dr Moncorgé, la Fédération thermale d'Auvergne émet le vœu que s'organisent d'autres associations régionales analogues afin d'aboutir à bref délai à la constitution de la Fédération thermale française.

En ce qui concerne la sécurité d'hygiène des baigneurs, le Congrès émet le vœu que la sécurité et l'hygiène sur les plages soient la préoccupation de ceux qui y sont les premiers intéressés. En particulier que les endroits pouvant présenter un danger soient nettement indiqués; qu'une cabine, spécialement aménagée pour porter secours en cas d'accident, soit à la disposition du public.

Au sujet de la création d'un Syndicat thermal d'hôteliers : sur les propositions de M. Buisson (Uriage), le Congrès émet le vœu qu'à aussi brève échéance que possible les hôteliers des villes d'eaux, plages et stations climatiques constituent une commission qui sera chargée d'étudier toutes les questions qui intéressent leur industrie hôtelière spéciale.

Relativement à l'hygiène de l'hôtel, sur la proposition de M. le Dr Mazeran : 1° Création par les municipalités et dans les abattoirs d'une salle commune de réfrigération sous forme de régie municipale;

2° Organisation du service de désinfection dans les hôtels sous le contrôle et la responsabilité du bureau ou d'une commission d'hygiène;

3° Analyse de l'eau de boisson pratiquée avant et pendant la saison.

En ce qui concerne l'hygiène diététique et les tables de régimes : 1° De la nécessité de l'application des régimes dans les villes d'eaux;

2° D'une communauté d'entente entre les médecins pour déterminer exactement le régime et ses variétés;

3° D'une communauté d'entente entre les hôteliers pour déterminer exactement l'exécution irréprochable dudit régime.

ÉCHOS

Condamnation d'un médecin pour avoir embrassé une cliente.

L'honneur de la profession exige du praticien une grande circonspection dans ses propos et ses gestes. Pour avoir méconnu ce principe, un médecin de la province de Brandebourg avait été traduit devant le tribunal d'honneur des médecins pour avoir, au cours d'une examen médical, embrassé une jeune fille et lui avoir tenu des propos blessant la pudeur. Le tribunal s'était montré sévère : il avait condamné le médecin à la privation, pendant deux années, de son droit d'élection à la chambre médicale, à 375 francs d'amende et à tous les frais de l'instance.

Le médecin interjeta appel et l'affaire revint devant la cour d'honneur des médecins qui confirma le jugement, après une sérieuse enquête qui révéla : que le confrère, qui prétendait « que la jeune fille n'étant pas normalement conformée, il ne pouvait y avoir attentat à la pudeur », avait renversé et embrassé la jeune fille et que celle-ci avait une très bonne conduite.

D'ailleurs le médecin ne nia pas avoir embrassé sa cliente, en arguant pour sa défense « que personne n'est encore mort pour avoir embrassé honnêtement une jeune fille, pas plus les membres du tribunal d'honneur que le président lui-même ».

Le jugement se basant uniquement sur le fait du baiser donné sans s'occuper de la conformation anormale de la jeune fille, considère ; que le médecin qui s'oublie vis-à-vis d'une cliente qui vient le consulter en toute confiance méconnait l'honneur de la profession médicale et qu'ainsi le tribunal avait en raison d'appliquer une peine très sévère.

Malades payants des hôpitaux et honoraires médicaux

Le médecin d'un hospice a le droit de réclamer des honoraires pour soins donnés à un pensionnaire payant, alors que le règlement de l'hospice n'interdit pas cette réclamation.

C'est ce qui résulte d'un jugement rendu par M. le juge de paix de Bellême (Orne) le 8 septembre 1911. En voici les principaux attendus :

« Attendu que si les hospices communaux sont autorisés à recevoir des pensionnaires payants à des conditions arrêtées, les médecins chargés du service de l'hospice pour une somme minime prêtent leur art à l'œuvre de charité pour laquelle l'hospice a été créé et à laquelle il doit être uniquement destiné, le devoir de ces médecins envers l'hospice, ne saurait s'étendre au delà de l'engagement qu'ils ont pris de secourir les indigents, les pauvres, les malheureux, d'où la conséquence qu'ils ne sont pas obligés de soigner gratuitement les pensionnaires payants, surtout lorsqu'ils sont spécialement demandés par le malade;

« Attendu qu'il résulte de la jurisprudence constante que les pensionnaires des hospices, lorsqu'ils ne sont pas des indigents, doivent payer les médecins ou chirurgiens qui leur ont donné des soins et surtout lorsqu'ils ont été spécialement demandés par eux, que notamment un arrêt de la Cour de cassation du 22 mars 1909, confirmant un jugement de la justice de paix de La Loupe du 4 février 1908, a de l'analogie avec l'affaire qui nous est soumise... »

